

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の接種済証（再）交付申請書

令和 年 月 日

北茨城市長宛

申請者 氏名

〒

住所

電話番号（※日中連絡がつく連絡先）

被接種者との続柄 本人 同居の親族
 その他（ ）

下記のとおり、接種済証を申請します。

被 接 種 者	ふりがな				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	(男 ・ 女)		
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		
	生年月日	年	月	日	年 齢
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 (回) (直近の接種日 :)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種済証の紛失 <input type="checkbox"/> 接種済証の破損 <input type="checkbox"/> その他 ()				
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			様方

【接種履歴の確認について】

(同意チェック欄)

北茨城市が、ワクチン接種記録システム（VRS）を用いて被接種者の
新型コロナワクチンの接種履歴を確認することに同意します。