

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の接種券(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、接種券の発行を申請します。

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	〒		
	施設入所の有無	無 ・ 有 (施設名：)			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		年 齢	
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 (接種場所：)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 (以前お住いの市町村名：) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <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。

※旧接種券がございましたら、確認及び回収させていただきます。

【申請者が世帯主または同居の親族の方の場合】

※被接種者（発券対象者）が複数の場合には、下記にご記入ください。

No	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	年齢	性別	住所
1			M・T・S・H		男・女	
2			M・T・S・H		男・女	
3			M・T・S・H		男・女	
4			M・T・S・H		男・女	
5			M・T・S・H		男・女	
6			M・T・S・H		男・女	

(注意事項)

ファイザー社製の新型コロナウイルスワクチンを接種する際は、16歳以上が接種対象者となります。