

受付番号

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【R5 年度秋冬接種用】

※追加接種は、前回接種日から3か月以上経過した12歳以上の方が対象です。

令和 年 月 日

川棚町長 様

申請者 ^{ふりがな}氏名 _____
住所 〒 _____

電話番号 _____
被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ _____ ）

被 接 種 者	^{ふりがな} 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ											
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒										
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日											
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ												
マイナンバー													
申請理由	<input type="checkbox"/> 職域接種のため、接種券が必要 <input type="checkbox"/> 基礎疾患があるため、早く接種をしたい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）												

☆川棚町では集団接種にて接種を行います。接種券がお手元に届きましたら、ご予約をお願いいたします。

本申請書の記入に関するお問い合わせは 川棚町役場 健康推進課健康増進係（82-5412）まで

取扱者