※医療従事者および高齢者等施設従事者用

| 受付番号 |
| --- |
| |

# 新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書

| | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 被接種者氏名 | | 男・女 | （ 昭和・平成 ）<br>年　月　日 | 歳 |
| マイナンバー | | | | |
| 住　所 | 川棚町　　番地 | 電話番号 | (自宅) | |
| | | | (携帯) | |
| 接種券送付先住所 | ※ 上記住所と異なる場合のみ記入ください。 | | | |
| ワクチン接種状況 | ※ 当てはまる所に〇をつけてください。<br>１．1回も接種していない　　２．（ １回 ・ ２回 ・ ３回 ・ ４回 ）接種済み<br>３．わからない | | | |
| | ワクチンの最終接種日：　　年　　月　　日 | | | |
| 発行申請の場合 | 【接種予定の機関名】 | | | |
| | 【接種予定のワクチン種類】　１．従来型　　２．オミクロン対応型 | | | |
| お勤め先 | 【医療機関・施設名】 | | | |
| | 【連絡先】 | | | |

川棚町長様

新型コロナウイルスワクチン接種券について、上記のとおり発行・再発行を申請します。
なお、すでに発行された接種券を発見したときは、すみやかにこれを返納します。
また、マイナンバーを活用して新型コロナウイルスワクチン接種状況を照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名

被接種者との続柄

---

※ 職員記入欄

| 破損・汚損した接種券の提出 | | 有 ・ 無 ・ 依頼中（ ／ 提出済） | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種券番号 | | | 接種券発送日 | 令和　年　月　日 | |
| VRS確認 | 接種日 | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | ワクチン | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 備考 | | | | 対応職員 | |

| 受付日 |
| --- |
| |