

接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東串良町長様

申請者 氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____
被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他（ ）

下記のとおり、接種券の再発行を申請します。

被 接 種 者	フリガナ		
	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	T・S・H・R	年 月 日
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・滅失 <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	〒	