

新型コロナワクチン接種券発行申請書 兼 接種記録確認同意書（転入者用）

申請日 年 月 日

北名古屋市長あて

新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

接種券の発行にあたっては、北名古屋市が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認することに同意します。

◆申請者

フリガナ 氏名		電話番号	
住所	〒		
送付先 住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	〒	

◆接種券が必要な方について記入してください

接種券 が 必要 な 方 ①	フリガナ		生年 月日			年		月		日											
	氏名																				
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用	※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。（これから初めてワクチン接種する方は不要） お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。																		
	接種状況	接種 1 回目				接種 2 回目															
	接種日	2	0	2	年			月			日	2	0	2	年			月			日
	接種場所																				
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）														
	ロット番号																				
接種時の住所 (区市町村まで)	都・道・府・県 区・市・町・村										都・道・府・県 区・市・町・村										

※接種者が複数いる場合は、裏面にご記入ください。

接種券が必要な方②	フリガナ					生年		年		月		日					
	氏名					月日											
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用		※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。(これから初めてワクチン接種する方は不要) お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。													
	接種状況	接種1回目					接種2回目										
	接種日	2	0	2	年		月		日	2	0	2	年		月		日
	接種場所																
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	ロット番号																
接種時の住所 (区市町村まで)						都・道・府・県			都・道・府・県								
						区・市・町・村			区・市・町・村								

接種券が必要な方③	フリガナ					生年		年		月		日					
	氏名					月日											
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用		※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。(これから初めてワクチン接種する方は不要) お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。													
	接種状況	接種1回目					接種2回目										
	接種日	2	0	2	年		月		日	2	0	2	年		月		日
	接種場所																
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	ロット番号																
接種時の住所 (区市町村まで)						都・道・府・県			都・道・府・県								
						区・市・町・村			区・市・町・村								

接種券が必要な方④	フリガナ					生年		年		月		日					
	氏名					月日											
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 1・2回目用 <input type="checkbox"/> 3回目用		※接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。(これから初めてワクチン接種する方は不要) お持ちでない場合は、わかる範囲で下記にご記入ください。													
	接種状況	接種1回目					接種2回目										
	接種日	2	0	2	年		月		日	2	0	2	年		月		日
	接種場所																
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	ロット番号																
接種時の住所 (区市町村まで)						都・道・府・県			都・道・府・県								
						区・市・町・村			区・市・町・村								