

**接種券発行申請書(新型コロナウイルス感染症)
【4回目接種用(医療従事者等及び高齢者施設等従事者用)】**

令和 年 月 日

(あて先)千曲市長

申請者 氏名 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の家族
 その他 ()

私は、接種券の発行を希望しますので、下記のとおり申請します。

被 接 種 者	し め い 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	〒 千曲市
	生年月日		年 月 日
勤 務 先	勤務先名		
	所在地		
	連絡先		
3回目接種状況 ※接種済証、接種記録書、接種証明書 を提出される方は、本欄は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。		①3回目接種日	年 月 日
		②接種時の 住民票所在地	<input type="checkbox"/> 千曲市 <input type="checkbox"/> 千曲市以外(自治体名:)
		③ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用) <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> 武田(ノババックス) <input type="checkbox"/> アストラゼネカ
		④接種の方法	<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) (※2) ※2 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。 1. 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種 2. 在日米軍による接種 3. 製薬メーカーによる治験等としての接種 4. 海外での接種 5. 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

受付	市	コール センター	入力	確認	発送
/			/	/	/