

新型コロナワクチン「令和5年春開始接種」申請書

(65歳未満で医療従事者・高齢者施設従事者等)

申請日 令和 年 月 日

八頭町長 様

次のとおり、新型コロナワクチン接種券（令和5年春開始接種）の送付を申請します。

1. 対象者

住民票記載住所	〒680 - 八頭町	
フリガナ 氏名		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
電話番号	日中連絡可能な電話番号をご記入ください。	
前回の接種日	令和 年 月 日	
該当になる番号 を選択	番号	施設名
		施設の住所
		施設の電話番号

※接種券は対象者の住民票記載住所に送付します。

2. 申出者

上記「1. 対象者」と同じ <input type="checkbox"/> (同じ場合は✓をしてください。以下記入不要)	
上記「1. 対象者」と異なる場合は以下にご記入ください。	
住所	上記と同じ場合は✓をしてください。□ (記入不要) 〒 -
フリガナ	
氏名	
電話番号	日中連絡可能な電話番号をご記入ください。
対象者との関係	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 ()