

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

室蘭市長 宛

申請者 ふりがな 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、接種券の発行を申請します。

また、室蘭市が接種券の発行にあたって、上記情報によりワクチン接種記録システムで対象者の接種記録を確認することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		
	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	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	〒	

送付先（郵送の場合）

〒050-0083

室蘭市東町4丁目20番6号 保健センター5階
室蘭市 健康推進課 新型コロナワクチン係 宛

接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和3年〇〇月△△日

室蘭市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 けんこう たろう
健康 太郎住所 室蘭市幸町1番2号電話番号 0143-41-5720被接種者との続柄 本人 同居の親族その他（ ）

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

また、室蘭市が接種券の発行にあたって、上記情報によりワクチン接種記録システムで対象者の接種記録を確認することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	1956 年 1 月 1 日	
接種状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転居 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

送付先（郵送の場合）

〒050-0083

室蘭市東町4丁目20番6号 保健センター5階
室蘭市 健康推進課 新型コロナワクチン係 宛