

接種券発行申請書【転入者用】（新型コロナウイルス感染症）

申請日 年 月 日

大島町長 殿

転出元で発行された接種券がお手元にある方は、破棄してください。

■申請者

申請者	ふりがな	
	氏名	
	住民票に記載の住所	〒
	電話番号	
	送付先住所 □上記と同じ	

■接種券が必要な方

接種券が必要な方①	ふりがな	□申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ		
	生年月日	年	月	日
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 初回（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> 初回（5歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	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。 お持ちでない場合は最後に接種した状況を下記にご記入ください。	
	接種状況	最後に接種した状況（前回の接種）		
	接種日	年	月	日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> オミクロン対応ワクチン（ファイザー・モデルナ） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ロット番号		接種時の住所	都道府県 区市町村

接種券が必要な方②	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 初回（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> 初回（5歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	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。 お持ちでない場合は最後に接種した状況を下記にご記入ください。	
	接種状況	最後に接種した状況（前回の接種）		
	接種日	年	月	日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> オミクロン対応ワクチン（ファイザー・モデルナ） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ロット番号		接種時の住所	都道府県 区市町村

接種券が必要な方③	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 初回（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> 初回（5歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	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。 お持ちでない場合は最後に接種した状況の下記にご記入ください。	
	接種状況	最後に接種した状況（前回の接種）		
	接種日	年	月	日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳） <input type="checkbox"/> アストロゼネカ <input type="checkbox"/> オミクロン対応ワクチン（ファイザー・モデルナ） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ロット番号		接種時の住所	都道府県 区市町村

接種券が必要な方④	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 初回（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> 初回（5歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	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。 お持ちでない場合は最後に接種した状況の下記にご記入ください。	
	接種状況	最後に接種した状況（前回の接種）		
	接種日	年	月	日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳） <input type="checkbox"/> アストロゼネカ <input type="checkbox"/> オミクロン対応ワクチン（ファイザー・モデルナ） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ロット番号		接種時の住所	都道府県 区市町村

接種券が必要な方⑤	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	必要な接種券	<input type="checkbox"/> 初回（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> 初回（5歳以上） <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目	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。 お持ちでない場合は最後に接種した状況の下記にご記入ください。	
	接種状況	最後に接種した状況（前回の接種）		
	接種日	年	月	日
	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳） <input type="checkbox"/> アストロゼネカ <input type="checkbox"/> オミクロン対応ワクチン（ファイザー・モデルナ） <input type="checkbox"/> ファイザー（生後6か月～4歳） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	ロット番号		接種時の住所	都道府県 区市町村