

接種券再発行申請書兼接種記録確認同意書
(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

板柳町長 殿

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 ()

被接種者(申請者と同じ場合は、住所・氏名欄に「同上」と記入)

下記の事項に同意のうえ、接種券の交付を申請します。(確認のうえ、にをつけてください)

- 接種券の再発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、板柳町が個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の接種記録を確認します。
- 転出元自治体で発行された旧接種券につきましては、残っている接種券部分及び予診のみ券部分を廃棄してください。

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 (令和 年 月 日)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <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	〒 板柳町