

## 新型コロナウイルスワクチン接種済証 再発行申請書

坂井市新型コロナウイルスワクチン接種対策室長 様

申請日 令和 年 月 日

ふりがな  
申請者 氏名

〒 -

住 所

日中に連絡可能な  
電話番号

被接種者との続柄  本人

親族（続柄 \_\_\_\_\_）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

下記のとおり、接種済証の再発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	氏名					
	住民票に記載の 住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 -	坂井市		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日				
	【郵送交付の場合】 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 -	（ _____ 様方 ）		
接種状況 (覚えている範囲で ご記入ください。)	<p>①今までに接種した回数： _____ 回</p> <p>②前回接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>③前回接種したワクチンの種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>モデルナ <input type="checkbox"/>左記以外</p>					
申請理由	<p><input type="checkbox"/> 接種済証（接種記録書）の紛失 <input type="checkbox"/> 接種済証（接種記録書）の破損</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>					