

(郵送・FAXの場合は、下記に必要事項をご記入のうえ、送付して下さい。)

新型コロナワクチン接種券送付申込書【4回目接種用】

〈基礎疾患のある人(60歳未満)〉

申込日 年 月 日

(あて先) 名張市長

次のとおり、新型コロナワクチン接種券(4回目)の送付を申し込みます。

1. 対象者

住民票記載 住所	〒 ー 名張市			
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日			
電話番号	ー ー			
基礎疾患	※中面に記載の基礎疾患の範囲①～③の いずれかに○	①	②	③
通院している医療機関名				
3回目接種の状況	① 接種日 年 月 日 ② ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ()			

※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✓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	〒 ー
フリガナ	
氏名	
電話番号	ー ー
対象者の関係	<input type="checkbox"/> 親族(続柄：) <input type="checkbox"/> その他 ()