

(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【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	「対象となる基礎疾患の範囲」から「1. 次の病気や状態の人で、通院・入院している人」または「2. その他」を選んで○を付けてください	1	2
通院等している医療機関名			

※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
対象者との関係	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 ()

市記入欄

受付日	月 日	受付方法	<input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/>	担当者	
本人確認	済 <input type="checkbox"/>	確認日	月 日	担当者	
発券依頼	済 <input type="checkbox"/>	依頼日	月 日	担当者	
発券確認	済 <input type="checkbox"/>	確認日	月 日	担当者	