

(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。)

新型コロナウイルス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

申込(もうしこみ)をする日(ひ)を書(か)いてください。

(あて先)  
名張市長

次のとおり、新型コロナウイルスワクチン接種券の送付を申し込みます。

住所(じゅうしょ)を書(か)いてください。

1. 対象者

住民票記載	〒	-
住所	名張市	
フリガナ		
氏名		
生年月日	年	月 日
電話番号	-	-
基礎疾患	「対象となる基礎疾患の範囲」から「1. 次の病気状態の人で、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		

名前(なまえ)を書(か)いてください。上(うえ)の段(だん)にはひらがなを書(か)いてください。

通(かよ)っている、または入院(にゆういん)している病院(びょういん)の名前(なまえ)を書(か)いてください。

生(う)まれた年(とし)、日(ひ)を書(か)いてください。

電話番号(でんわばんごう)を書(か)いてください。

接種(せつしゅ)する人(ひと)と書(か)いている人(ひと)が同(おな)じときは、□にチェックしてください。違(ちが)うときは、下(した)にも書(か)くことがあります。

2. 申出者

上記「1. 対象者」と同じ □ (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	〒	-
フリガナ		
氏名		
電話番号	-	-
対象者と の関係	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄: )	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

基礎疾患(きそしっかん)の種類(しゅるい)が  
1.基礎疾患(きそしっかん)という病気(びょうき)のある人(ひと)  
2.BMI 30以上(いじょう)を満(み)たす肥満(ひまん)の人(ひと)  
どちらかに○をしてください。

接種(せつしゅ)する人(ひと)と書(か)いている人(ひと)の関(かん)けいを書(か)いてください。家族(かぞく)のときは、「□親族」にチェックして、(続柄: )には「父(ちち)」、「娘(むすめ)」などと書(か)いてください。その他(ほか)、お友達(ともだち)などのときは、「□その他」にチェックし、( )には、関(かん)けいを書(か)いてください。

書(か)いている人(ひと)の住所(じゅうしょ)を書(か)いてください。

書(か)いている人(ひと)の名前(なまえ)を書(か)いてください。

記入欄

発券依頼	済□	依頼日	月 日	担当者	
発券確認	済□	確認日	月 日	担当者	

書(か)いている人(ひと)の電話番号(でんわばんごう)を書(か)いてください。

ここは書(か)かないでください。