

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【オミクロン株対応ワクチン接種用】

※オミクロン株対応ワクチン接種は、2～4回目接種を受けてから3か月以上経過した方が対象です。

令和 年 月 日

大山崎町長宛

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 同一世帯員 その他（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された3・4回目接種用の接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

被 接 種 者	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
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

(裏面につづく)

