

新型コロナウイルスワクチン接種券新規発行依頼申請書

(あて先) 昭島市長

申請者 住 所 : 昭島市昭和町 4 - 7 - 1
氏 名 : 昭島 太郎
電話番号 : 042-544-5126
申請者との続柄 : 本人 同居の親族
 その他 ()

新型コロナウイルスワクチン接種券の新規発行のため、下記事項に同意の上、申請いたします。

同意チェック

- ① 新規接種券の発行にあたっては、昭島市がワクチン接種記録システム(以下「VRS」という。)において個人情報(氏名・生年月日・性別)により、申請者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。
- ② 代理人により、世帯主以外の新型コロナウイルスワクチン接種券の発行を申請する場合、世帯主以外の接種履歴については、発券対象者の接種履歴について、昭島市がVRSで個人情報(氏名・生年月日・性別)により確認します。

記

フリガナ 対象者氏名	アキシマ タロウ 昭島 太郎	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
保護者氏名	*未成年者の場合のみ記入してください。		
現住所	196-0015 昭島市昭和町 4 - 7 - 1	電話	
転入前住所	市 町 - -	接種券を送ってきた市町村が転入前住所と異なる場合:	
接種履歴 (いずれかあてはまる方に○を記入し必要事項を記載)	() なし		
	() 1回接種済み 接種日: 令和 年 月 日 接種場所: 医療センター 接種したワクチンの種類: <input checked="" type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()	(○) 2回接種済み 接種日: 令和 年 月 日 接種場所: 病院 接種したワクチンの種類: <input checked="" type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()	

事務処理者使用欄

申請受付日	年 月 日
データ処理日	年 月 日
発送日	年 月 日