

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証再発行申請書

令和 年 月 日

平内町長宛

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 同居の親族

その他 ()

下記のとおり、予防接種済証の再発行を申請します。

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	
申請理由	<input type="checkbox"/> 予防接種済証の紛失・盗難 <input type="checkbox"/> 予防接種済証の破損 <input type="checkbox"/> その他 ()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	