

コロナワクチン予診票（再）発行申請書

年 月 日

真庭市長 様

ふりがな
申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の家族 その他（ ）

下記のとおり、予診票の発行を申請します。

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"/> 予診票の紛失・破損（未到達含む） <input type="checkbox"/> 転入（転入前市町村名： _____ 市・町・村） <input type="checkbox"/> 予診票は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した		
接 種 状 況 ※1	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済み <input type="checkbox"/> 2回目接種済み <input type="checkbox"/> 3回目接種済み <input type="checkbox"/> 4回目接種済み <input type="checkbox"/> 5回目接種済み <input type="checkbox"/> 6回目接種済み 接種済みの場合、前回の接種した日： _____ 年 月 日		
年 齢 区 分	<input type="checkbox"/> 生後6か月以上4歳以下 <input type="checkbox"/> 5歳以上11歳以下 <input type="checkbox"/> 12歳以上		

※本人確認書類（免許証、健康保険証、マイナンバーカードのいずれか）の写しを添付ください。

※1：接種済証、接種記録書、接種証明書を提出できる方は記入不要です。