

新接種券発行申請書 兼 接種記録確認同意書 (新型コロナウイルスワクチン)

南国市長 様

申請日 令和 年 月 日

発券対象者の接種券の発行を申請します。

申請者	住所	生年月日
(フリガナ) 氏名	日中連絡が取れる電話番号 (- -)	年 月 日
新型コロナワクチンの接種履歴		前の接種券が発行された市区町村
(受けたことがある場合) 1回目: 年 月 日		

新接種券発行に関する下記の事項に同意します。

署名 _____

- ① 接種券発行にあたり、南国市はワクチン接種記録システムを使用して、個人情報(氏名・生年月日・個人番号)により、発券対象者の従前の市区町村における接種記録を確認します。
- ② 転入前の自治体で発行された接種券を、接種状況を確認するため南国市に提出してください。確認後、新接種券を発行します。

※ 1回接種済の場合はお預かりした接種済証は新しい接種券といっしょにお返しますので、大切に保管してください。

○ 12歳以上の発券対象者 (同一世帯の方)

	氏名	前の接種券が発行された市区町村	続柄	生年月日	接種回数
1	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 未接種
2	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 未接種
3	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 未接種
4	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 未接種
5	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 未接種

※ 接種券は原則、住民票に記載のある住所に送付します。

申請先(送付先) 〒783-0004
南国市大桶甲320番地
南国市保健福祉センター

市 確 認 欄	VRS確認・リスト入力	予約システム登録	接種券発行	
			令和 年 月 日	