

医療従事者、高齢者・障害者施設従事者 新型コロナウイルスワクチン4回目接種券送付申請書

申込日 令和 年 月 日

医療従事者、高齢者・障害者施設従事者に該当しますので、新型コロナウイルスワクチン4回目接種券を申請します。3回目接種を受けてから5か月以上経過した方が対象です。

1 対象者

住民票記載 住 所	〒929-0 津幡町
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
電話番号	
職 種 (該当に○)	医療従事者 高齢者・障害者施設従事者
3回目 接種日	令和 年 月 日
3回目接種後 転入した人	(転入前住所)

2 申請者

上記「1 対象者」と同じ

上記「1 対象者」と異なる場合は以下をご記入ください。

住民票記載 住 所	〒 -
フリガナ	
氏 名	
生年月日	
電話番号	
対象者との 関係	<input type="checkbox"/> 親族 (続柄:) <input type="checkbox"/> その他 ()