

<医療従事者等・高齢者施設等従事者（18～59歳）の方等用>

## 接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【4回目接種用】

瀬戸市長 宛

令和 年 月 日

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（ ）

被接種者は下記の理由で4回目接種を希望するため、以下のとおり申請します。

- 被接種者（申請者欄と同じ場合はしてください。記入は不要です。  
送付先が住民票の住所と異なる場合、本人確認書類等を求めることがあります。

|  |          |          |                 |
|--|----------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ふりがな<br>氏名          | _____    | 生年<br>月日 | 昭和・平成<br>年 月 日生 |
| <input type="checkbox"/> 住所                  | 〒<br>瀬戸市 |          |                 |
| <input type="checkbox"/> 送付先住所<br>(住所と異なる場合) | 〒        |          |                 |

対象となる職種について

|   |  |
|---|--|
| 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 |  |
| <input type="checkbox"/> ①医療従事者等                    |  |
| <input type="checkbox"/> ②高齢者施設等従事者                 |  |
| 勤務先名  |  |
|   |  |

※処理欄

|    |             |             |  |            |    |    |             |
|----|-------------|-------------|--|------------|----|----|-------------|
| 受付 | 窓口・郵送<br>日付 | V<br>R<br>S | <input type="checkbox"/> 接種日 . . .<br><input type="checkbox"/> 5か月経過確認<br><input type="checkbox"/> 種類F・M・A Z | 接種券<br>No. | 21 | 交付 | 日付<br>担当（ ） |
|----|-------------|-------------|--|------------|----|----|-------------|