

医療従事者・介護従事者等に係る接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

熊本県阿蘇郡西原村長 様

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、接種券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	
接種状況	() 回接種済		
職場			
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	