

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書

Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

千葉県長 宛

Year	Month	Date
年	月	日

To : Mayor

① 手続者 Procedure person	フリガナ	
	氏名 Name	
	連絡先電話番号 Phone number	(— —)
② 請求者 Applicant (who wish to get the certificate)	フリガナ	
	氏名 Name	
	住所 Address (住民票上の住所)	
	生年月日 Date of Birth	Year Month Date 年 月 日
	①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他() Same Husband/ Parent/ Grandparent/ Other as ① Wife Child Grandchild
	連絡先電話番号 Phone number	(— —)
③ その他 Other information	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	
	申請の種類 Type of this application	新規 再交付 New application Re-issue 該当する方に○をつけてください。 Please circle either of the above. 過去に申請したことがある人も、パスポートを更新した場合は 新規申請になります。 Please circle "New application" if you are applying for the second time with a new or a different passport.

※1 ①の手続者と②の請求者が異なる場合（本人以外が代理で申請する場合は、委任状が必要となります。

※2 郵送にて交付いたしますので、同封される返送用の封筒には②の住所（住民票上の住所）を宛先として記載し、切手を貼付してください。