

新型コロナウイルスワクチン予防接種済証発行（再発行）依頼書

令和 年 月 日

千葉市長 様

申請者

(住所)

(氏名)

(署名または記名押印)

(連絡先電話番号)

(被接種者との続柄)

※ご本人、保護者以外の続柄の方には免許証等の身分証明書の提示をお願いいたします。

次の者が新型コロナウイルスワクチン予防接種を実施した分の予防接種済証について、発行を依頼します。

1 対象者（被接種者）

予防接種実施時の住所	千葉市 区	※申請者住所と同じ場合は記載不要
氏名（ふりがな）		※申請者氏名と同じ場合は記載不要 ※接種時の氏名を記入してください
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	
保護者氏名		※申請者氏名と同じ場合は記載不要

2 接種日及び接種場所

接種日	接種場所

3 発行を依頼する理由（該当するものにチェックを入れてください）

予防接種済証の紛失・盗難

その他（ ）