(医療従事者・施設入所者等)コロナワクチン接種券再発行申請書

別紙1

記入日　令和　年　月　日

施設名	
住所	〒
担当職員氏名	
電話番号	

※ 対象者が重複して接種を受けてしまわないよう、必ずご家族等に確認をお願いします。
後日接種券が見つかった場合は、破棄をお願いします。

No.	被接種者氏名（漢字）	被接種者氏名（カナ）	性別	生年月日（西暦）	今回が何回目の接種になるか	前回接種日（西暦）	本人の同意	家族等への確認
（例）	三股　太郎	ミマタ　タロウ	男	1957.1.1	6回目	2022.10.1	有	済
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								