

新型コロナワクチン接種情報確認書兼接種券発行申請書（転入者用）

令和 年 月 日

鴨川市長 宛

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 同一世帯員 その他（ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記事項をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- 新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、鴨川市が個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		(旧氏名)
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
	生年月日（西暦）		西暦	年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
最終接種日時点の住所				

（裏面につづく）

