接種券優先発送申請書

（　追加接種用　）

令和　　年　　月　　日

御前崎市長　宛

申請者

 住所

 電話番号

 被接種者との続柄　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　）

追加接種　での接種予約を希望するため、下記のとおり接種券の優先発送を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 |
| 申請理由 | □職域等による追加接種に必要なため。□その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 | □来庁 |

注意事項

※原則、２回目接種完了日から8ヶ月後に接種してください。

(注：やむを得ない事情により、6ヶ月以上8ヶ月未満で接種する場合は、職場等にご相談ください。)

※御前崎市内で接種する場合は、予約をお願いします。

※ファイザー社製ワクチンとモデルナ社製ワクチンでの交互接種は可能です。

(注：ファイザー社製からモデルナ社製への交互接種は承認後可能となります。)

※被接種者との続柄が「その他」の場合は、委任状が必要となります。