

新型コロナワクチン接種券送付申請書（基礎疾患等を有する方対象）

【申請者】

ふりがな

氏 名

住 所

電話番号

被接種者 本人 同居の親族

との続柄 その他（ ）

室戸市長 宛
令和 年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種について、下記のとおり接種券の送付を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	
	生年月日	

① 優先接種の対象に該当する基礎疾患等の番号をご記入下さい。

別紙チラシにある対象となる基礎疾患等の番号をご記入ください

	番 号
対象となる基礎疾患等	
	例) 慢性の心臓病（高血圧を含む）の方→② 番号のみご記入ください

② 接種場所の希望調査について

希望の接種場所を○で囲んで下さい。

個別接種 (医療機関での接種)	集団接種 (やすらぎでの接種)
---------------------------	---------------------------

③ 接種券の送付先 下のいずれかにレ点をしてください

申請者の住所に送付

被接種者の住所に送付

※お預かりした個人情報は、接種券の発送目的以外には一切の利用を行いません。

提出先：室戸市保健介護課 健康推進班

〒781-7109 室戸市領家87番地 電話：0887-22-3101 FAX：0887-24-2287