転入者用

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

Application Form for Vaccination coupon of COVID-19

申請日　　Year 年　Month 月　Date 日

柏崎市長　様　／　To：Mayor of Kashiwazaki

■**①申請者** ／ Person submitting the form

フ リ ガ ナ	
氏　　名 **Name**	
住　　所 **Address**	
電 話 番 号 **Phone Number**	
接種希望者との続柄	□本人　　□同居の親族 □その他（　　）

■**②接種希望者** ／ Vaccination applicant

フ リ ガ ナ	□申請者と同じ Same as ①	
氏　　名 **Name**		
住　　所 **Address**		
電 話 番 号 **Phone Number**		
個 人 番 号 **(マイナンバー12 桁)**		
生 年 月 日 **Date of birth**	明・大・昭・平・西暦　Year 年　Month 月　Date 日	
接 種 回 数 **the number of times**	□0回　□1回　□2回　□3回　□4回　□5回　□6回	

接種券交付自治体 （接種券を送って来た自治体） **※複数の場合全て記入**	1回目		市・区・町・村
	2回目	□上に同じ	市・区・町・村
	3回目	□上に同じ	市・区・町・村
	4回目	□上に同じ	市・区・町・村
	5回目	□上に同じ	市・区・町・村
	6回目	□上に同じ	市・区・町・村

※転出元で発行された未使用の接種券は、今後使用できませんので、廃棄してください。

※以下の方法で接種した場合は、裏面に接種日・ワクチンメーカーを記入してください。

①海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種、②在日米軍による接種、③製薬メーカーによる治験等としての接種、④海外での接種、⑤①～④の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

【柏崎市処理欄】

受付		**健康推進課発行**	郵送 ・ 窓口

接 種 状 況 **Vaccination Record** **(COVID-19)**	1回目 1st dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY　(Pfizer / BioNTech / 復星医薬) □Vaxzevria / Covishield　(AstraZeneca / SII) □NUVAXOVID / COBOVAX　(Novavax / SII) □Spikevax　(Moderna) □others (　　)
	2回目 2nd dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY　(Pfizer / BioNTech / 復星医薬) □Vaxzevria / Covishield　(AstraZeneca / SII) □NUVAXOVID / COBOVAX　(Novavax / SII) □Spikevax　(Moderna) □others (　　)
	3回目 3rd dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY (Monovalent) □COMIRNATY ＢＡ.１　□COMIRNATY BA.4-5 □Ｓｐｉｋｅｖａｘ (Monovalent) □Ｓｐｉｋｅｖａｘ ＢＡ.１　□Ｓｐｉｋｅｖａｘ BA.4-5 □NUVAXOVID / COBOVAX □others (　　)
	4回目 4th dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY (Monovalent) □COMIRNATY ＢＡ.１　□COMIRNATY BA.4-5 □Ｓｐｉｋｅｖａｘ (Monovalent) □Ｓｐｉｋｅｖａｘ ＢＡ.１　□Ｓｐｉｋｅｖａｘ BA.4-5 □NUVAXOVID / COBOVAX □others (　　)
	5回目 5th dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY (Monovalent) □COMIRNATY ＢＡ.１　□COMIRNATY BA.4-5 □Ｓｐｉｋｅｖａｘ (Monovalent) □Ｓｐｉｋｅｖａｘ ＢＡ.１　□Ｓｐｉｋｅｖａｘ BA.4-5 □NUVAXOVID / COBOVAX □others (　　)
	6回目 6th dose	接 種 日 Vaccination Date	令和・西暦　　Year 年　Month 月　Date 日
		ワクチン製品名 Product Name	□COMIRNATY (Monovalent) □COMIRNATY ＢＡ.１　□COMIRNATY BA.4-5 □Ｓｐｉｋｅｖａｘ (Monovalent) □Ｓｐｉｋｅｖａｘ ＢＡ.１　□Ｓｐｉｋｅｖａｘ BA.4-5 □NUVAXOVID / COBOVAX □others (　　)

※接種した記録が分かる書類を提出する場合は記入不要です。If you have certificate, please show it.