

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

【医療・介護従事者用 令和5年春開始接種券発行申請】

令和 年 月 日

嘉手納町長宛

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 同居の親

族

その他（ ）

私は、医療・介護従事者であるため、下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

この申請は、医療、介護従事者の方が追加接種の対象者に追加された場合に接種券を発行するための申出書です。

【接種券申請 送付先】

郵送申請：〒904-0293 嘉手納町字嘉手納 588 番地 嘉手納町役場町民保険課 宛

電子申請：antiv-19@town.kadena.okinawa.jp（申請書を添付してメール送付）

被 接 種 者	ふりがな		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	年 月 日	