接種券発行申請書（新型コロナワクチン接種券）【４回目接種用】
医療従事者等・高齢者施設等の従事者の方用の申請様式です。

令和　　年　　月　　日

黒部市長宛

新型コロナウイルスワクチン４回目接種について、医療従事者等または高齢者施設等従事者に該当し、接種を希望するため、接種券の発行を申請します。

申請者	ふりがな 氏　名		
	住所	〒	
	電話番号		
	接種を受ける方との続柄	□本人　□親族　□その他（　　）	
接種を受ける方	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	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	【申請日時点年齢】 （　　）歳
	３回目接種日	令和　　年　　月　　日	
	勤務先	□ 医療従事者等 □ 高齢者施設等従事者	**勤務先の名称** （病院名または施設名） ＿＿＿＿＿＿＿＿

※「接種を受ける方」の住民票記載の住所以外に送付を希望の場合のみ、記載してください。

接種券送付先	宛名	
	住所	〒

※　お預かりした個人情報につきましては、接種券発行の目的以外には、一切の利用を行いません。