

# 新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書

Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

長岡市長 宛

Year	Month	Date
年	月	日

To : Mayor of Nagaoka City

① 申請者  (あなたの氏名)  Applicant	フリガナ	
	氏名 Name	
	生年月日 Date of birth	
	住所 Adress	
	連絡先電話番号 Phone number	(            -            -            )
② 請求者  (証明を必要とする人)  Applicant (who wish to get the certificate)	<input type="checkbox"/> 上記 (①申請者) と同じ      Same as ①	
	フリガナ	
	氏名 Name	
	生年月日 Date of birth	
	住所 Adress	
	①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他 (            ) Husband/    Parent    Grandparent    Other Wife        /Child    /Grandchild
連絡先電話番号 Phone number	(            -            -            )	
③ その他	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	

-----※市処理欄（以下は記入しないでください）※-----

申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
発送方法	<input type="checkbox"/> 定型 <input type="checkbox"/> 速達 <input type="checkbox"/> その他（    ） <input type="checkbox"/> 定形外 <input type="checkbox"/> 特定記録郵便                                      計 _____ 円
請求者情報確認	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> その他（    ）
接種状況確認	<input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 接種済証 <input type="checkbox"/> 接種記録書 <input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> その他（    ）
発送日	
受付者	
処理者	