

# 新型コロナワクチン接種券（4回目）送付申請書 （医療機関・高齢者施設等の従事者用）①

年 月 日

藍住町長 殿

※太枠内に記入してください。

申請者 （被接種者）	フリガナ					
	氏名					
	住所 【住民票の住所】	※ 3回目接種後に藍住町に転入した場合は、別途、接種歴確認等の手続きが必要です 藍住町				
	電話番号					
	生年月日	西暦	年	月	日	（ 歳）
	3回目接種日	西暦	年	月	日	
※ 申請者以外の方が申請する場合は、代理人欄にご記入ください						
代理人	フリガナ				続柄	
	氏名				□同一世帯員	□その他（ ）
	住所	※ 申請者と同一世帯員でない場合はご記入ください				
	電話番号					
	確認欄	<input type="checkbox"/> 申請者本人の依頼により申請をします。				

医療機関・高齢者施設等で重症化リスクが高い多くの方に対してサービスを提供する機関・施設に従事しているため、新型コロナウイルスワクチン4回目接種券の送付を申請します。

	該当項目（○を記入）	職種
1	医療従事者等	
2	高齢者施設等従事者	

**【個人情報の取扱いについて】**

お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

**【提出方法】** 郵送・ファクシミリ・窓口のいずれかでご提出ください。

**【提出先】** 藍住町保健センター（新型コロナウイルス感染症対策室）

〒771-1203 藍住町奥野字矢上前32-1

電 話 088-637-3132 088-692-8658

ファクシミリ 088-637-3158

受 付 時 間 午前8時30分～午後5時15分（土・日・祝日を除く）