**新型コロナワクチン接種券送付申込書**

【基礎疾患のある人（12～49歳）】

**申込日**　令和 ３ 年　　月　　日

（宛先）羽咋市長

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の送付を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付希望者① | 住所 | 〒　　　－  羽咋市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 基礎疾患番号 | （２ページの基礎疾患の表の番号を記入してください） |
| 送付希望者② | 住所 | 〒　　　－　　 　（①と同じ場合は記入不要です）  羽咋市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | （①と同じ場合は記入不要です） |
| 基礎疾患番号 | （２ページの基礎疾患の表の番号を記入してください） |
| 送付希望者③ | 住所 | 〒　　　－　　 　（①と同じ場合は記入不要です）  羽咋市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 | （①と同じ場合は記入不要です） |
| 基礎疾患番号 | （２ページの基礎疾患の表の番号を記入してください） |

**市役所使用欄**

記入しないでください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵送・持参受付 | | 健康推進受付 | | 発送 | | 備考欄 |
| 日付  / | 担当者印 | 日付  / | 担当者印 | 日付  / | 担当者印 |  |

３