

氏名
Name

備考:接種状況の確認(接種済証・記録書等の写しがない場合)

| | | |
|------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1回目 1st | 接種年月日 Vaccinated date | 年 月 日 Year Month Date |
| | 接種を受けた場所 Vaccinated location | |
| | メーカー Manufacturer | <input type="checkbox"/> ファイザー Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Moderna <input type="checkbox"/> アストラゼネカ AstraZeneca <input type="checkbox"/> ノババックス Novavax |
| 2回目 2nd | 接種年月日 Vaccinated date | 年 月 日 Year Month Date |
| | 接種を受けた場所 Vaccinated location | |
| | メーカー Manufacturer | <input type="checkbox"/> ファイザー Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Moderna <input type="checkbox"/> アストラゼネカ AstraZeneca <input type="checkbox"/> ノババックス Novavax |
| 3回目 3rd | 接種年月日 Vaccinated date | 年 月 日 Year Month Date |
| | 接種を受けた場所 Vaccinated location | |
| | メーカー Manufacturer | <input type="checkbox"/> ファイザー Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Moderna <input type="checkbox"/> ノババックス Novavax |
| 4回目 4rd | 接種年月日 Vaccinated date | 年 月 日 Year Month Date |
| | 接種を受けた場所 Vaccinated location | |
| | メーカー Manufacturer | <input type="checkbox"/> ファイザー Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Moderna <input type="checkbox"/> ノババックス Novavax |
| 5回目 5rd | 接種年月日 Vaccinated date | 年 月 日 Year Month Date |
| | 接種を受けた場所 Vaccinated location | |
| | メーカー Manufacturer | <input type="checkbox"/> ファイザー Pfizer/BioNTech <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ Moderna <input type="checkbox"/> ノババックス Novavax |