

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書 《表・surface》

Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

うるま市長 宛

Year Month day
年 月 日

To : Mayor of Uruma City

① 窓口に来た人 (あなたの氏名) Person submitting the form	フリガナ	
	氏名 Name	
	住所 Address	
	連絡先電話番号 Phone number	(())
② 請求者 (証明を必要とする人) Person who wishes to get the certificate	<input type="checkbox"/> 上記(窓口に来た人)と同じ Same as ①	
	フリガナ	
	氏名 Name	
	住所 Address	
	①あなたと②請求者の関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 Spouse <input type="checkbox"/> 父母・子 Parent /Child <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 Grandparent /Grandchild <input type="checkbox"/> その他() Other
連絡先電話番号 Phone number	(())	
③ その他 Other information	申請する接種証明書の種類 Type of certificate	<input type="checkbox"/> 日本国内用 Domestic use in Japan <input type="checkbox"/> 海外・日本国内兼用 International travel & domestic use in Japan
	必要書類 Necessary documents	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p></p> <p>身分証の写し</p> <input type="checkbox"/> (運転免許証、マイナンバーカード等) Copy of a Personal ID </div> <div style="text-align: center;"> <p></p> <p>パスポートの写し</p> <input type="checkbox"/> Copy of Passport </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>接種済証・記録書の写し</p> <input type="checkbox"/> Copy of the vaccination certificate or the record </div> <div style="text-align: center;"> <p>接種済証・記録書の写し</p> <input type="checkbox"/> Copy of the vaccination certificate or the record </div> </div> <p>※紛失等により接種済証・接種記録書等が添付できない場合は、裏面へ接種状況をご記入ください。</p> <p>If you can not submit the certification/record, please write down vaccinated dates, location, manufacturer, on the back side.</p>

【担当者確認】

接種券番号 < _____ >

- 添付書類 (国内用:身分証の写し 海外用:パスポートの写し)
- 接種状況確認 (接種済証 接種記録書 予診票の写し 裏面へ記入)

《裏・back side》

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
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
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"/> アストラゼネカ AstraZeneca