

新型コロナウイルスワクチン(令和5年春開始接種)申請書

[医療従事者・高齢者施設等従事者 65歳未満]

申請日 令和5年 月 日

医療機関・高齢者施設等に従事し、新型コロナウイルスワクチン接種（令和5年春開始接種）を希望するため、次のとおり申請します。

また、みやこ町が下記の個人情報を医療従事者・接種会場・コールセンターの運営者に提供することに同意します。

1. 申請者（対象者）

フリガナ	
氏名	
住所	みやこ町
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	
前回接種日	令和 年 月 日
従事している 医療機関・ 事業所名	

2. 代理者[申請者（対象者）以外の方が届出をされる場合はご記入ください。]

氏名： _____ 電話： _____