

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書

世田谷区長 宛

年 月 日

| | | |
|---------------------|---|--|
| 申請者 「あなたの氏名」 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 連絡先電話番号 | |
| 請求者 「証明書を必要とする人」 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同一の場合、 は記載不要） | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | あなたと 請求者の関係 | 例：同世帯の家族（続柄：子）、別世帯の親族（続柄：孫） |
| | 連絡先電話番号 | |
| その他 | 希望する項目に☑をつけてください。 | |
| | 申請の種類 | 海外用をご希望の場合は、パスポート等の渡航書類が必要であり、国内用の証明書も併せて発行することとなります。 <input type="checkbox"/> 日本国内用 <input type="checkbox"/> 海外用及び日本国内用 |
| | 接種記録 | <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目 接種時点で世田谷区に住民登録を有している方が対象です。 |
| | 必着日（任意） | 月 日 必着日に間に合わない場合はお電話します。 |

（必ずご確認ください）

氏名の漢字は、戸籍名の漢字を出力できない場合、印字可能な漢字に置き換えます。

ローマ字のスペルはパスポートのMRZの表記を転記します。別姓やミドルネーム等の記載を希望する場合は、その旨をメモ等で明記してください。

MRZ（Machine Readable Zone、機械読取部）：パスポートの身分事項記載ページ下部に英数字や「<」で印字されている情報