

# 新型コロナウイルスワクチン優先接種申請書（妊婦とその夫またはパートナー）

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

取手市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルスワクチンの接種について下記のとおり接種を希望します。

妊婦の方	フリガナ..... 氏名		電話番号
	住民票に記載の住所		
	現に居住している住所		
	生年月日(西暦)		
	接種券番号		確認番号
	受診医療機関		出産予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (週)

パートナーの方	フリガナ..... 氏名		電話番号
	住民票に記載の住所		
	現に居住している住所		
	生年月日(西暦)		
	接種券番号		確認番号