新型コロナワクチン接種（令和5年秋開始接種：9～12月）のための接種券発送依頼名簿

全　　枚中　　枚目

依頼先市町村名　　東みよし町

※名簿記載にあたっては、**本人・家族の同意・了承**いただくよう御配慮ください。
※**接種券の重複発行防止**のため、**家族等による接種券の施設持参**が可能な方は名簿による送付依頼は控えてください。
※市町村により、依頼締切後や既に発送済みである等対応できない場合もあります。
※施設を移動する場合等は接種券の引継ぎをお願いします。

※**住民票所在の市町村毎に作成**し、当該**市町村へ依頼**してください
（徳島県外の市区町村に依頼する際は、事前に当該市区町村にご相談ください。）

※送付先が異なる場合

接種券送付先	送付先名称：
	送付先住所：〒

※**施設単位での接種実施を医療機関と調整**した上で、当該医療機関名等を記載ください。

接種施設名	
住　所：	〒
担当者：	電　話：
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：	

接種実施医療機関	名称：
	所在地：
	電話番号：

↓速やかな発送にあたり可能な限り記載ください

No	氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日（西暦）	依頼時点における住民票住所			前回接種日（西暦）	前回接種医療機関名	前回接種券番号	備考
				都道府県	市町村	（市町村から下）				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										