

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 交付申請書
Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

Year	Month	Date
年	月	日

赤穂市長 宛

To : Mayor of Ako

① 請求者 (証明を必要とする人) Applicant (who wish to get the certificate)	フリガナ	
	氏名 Name	
	生年月日 Date of birth	Year 年 Month 月 Date 日
	フリガナ	
	住所 Address	〒
連絡先電話番号 Phone number	(- -)	
② 申請者 (窓口に来た方・ 郵送した方)	<input type="checkbox"/> 上記 (①請求者) と同じ Same as ①	
	フリガナ	
	氏名 Name	
	あなたと①請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> その他 () Husband/ Parent Grandparent Other Wife /Child /Grandchild
	連絡先電話番号 Phone number	(- -)
③ その他	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	
	渡航予定日 Expected departure date	Year Month Date 年 月 日
	送付先住所 Mailing address	<input type="checkbox"/> 上記 (①請求者) と同じ Same as ①