

整理番号

優先接種届出書

香取市長 様

※下表の太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

申請者（窓口に来られた方）	住 所			
	電話番号			
	氏 名	接種を受ける方との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種を受ける方	住 所			
	電話番号 （※携帯）			
	妊婦氏名	生年月日	昭・平 年 月 日	
	出産予定日	令和 年 月 日		
	接種の有無	●今日までに新型コロナワクチンの接種を受けましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※接種を受けていない方が対象です。		
	かかりつけ医への確認	●接種について、かかりつけ医と相談しましたか <input type="checkbox"/> はい 医療機関名 _____ <input type="checkbox"/> いいえ ※あらかじめかかりつけ医とご相談ください。		
里帰り先	住 所			
	電話番号			
	世帯主氏名	世帯主との関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※記載事項を確認後、香取市コロナワクチンコールセンターより申請者の方へ接種の予約について、ご連絡いたします。

※接種当日は、①クーポン券（接種券）②保険証③予診票（事前に記入）④母子健康手帳を必ずご持参ください。

※接種医療機関は、【香取おみがわ医療センター】（住所：千葉県香取市南原地新田438番地1）となります。

【香取市事務処理欄】（申請者は記入しないでください）

（確認事項） 母子健康手帳（予定日） 代理人の場合 確認書類（運転免許証・健康保険証・その他） その他