

※記載例

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	千葉市〇〇〇〇〇		
	電話番号	090-1234-5678		
	氏 名	香取 花子	接種を受ける方との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
接種を受ける方	住 所	同上		
	電話番号（※携帯）	〃		
	妊婦氏名	〃	生年月日	昭・平 60年 2月 2日
	出産予定日	令和4年1月15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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい 医療機関名 <u>〇〇産婦人科</u> <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	香取市佐原口〇〇〇〇〇		
	電話番号	54-〇〇〇〇		
	世帯主氏名	香取 一郎	世帯主との関係 <input checked="" 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