

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

新見市長 殿

To : Mayor

① 窓口に来た人 Visitor	(あなたの氏名)	フリガナ	
		氏名 Name	
		住所 Address	
		生年月日 Date of Birth	
		連絡先電話番号 Phone number	(— —)
② 請求者 Applicant (who wish to get the certificate)	(証明を必要とする人)	□上記(窓口に来た人)と同じ Same as ①	
		フリガナ	
		氏名 Name	
		住所 Address	
		生年月日 Date of Birth	
		①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 Husband /Wife <input type="checkbox"/> 父母・子 Parent /Child <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 Grandparent /Grandchild <input type="checkbox"/> その他 () Other
	連絡先電話番号 Phone number	(— —)	
③ その他 Other informati on	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)		
	申請の種類 Type of this application	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 新規 New application <input type="checkbox"/> 再交付 Re-issue </p> <p>該当する方に○をつけてください。 Please circle either of the above. 過去に申請したことがある人も、パスポートを更新した場合は新規申請になります。 Please circle "New application" if you are applying for the second time with a new or a different passport.</p>	