

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

所沢市長 宛
To: Mayor

Year Month Date
年 月 日

請求者 (証明を必要とする人) Applicant (who wish to get the certificate)	フリガナ Ruby	
	氏名 Name	
	生年月日 Date of birth	Year Month Date 年 月 日
	住所 Address	〒
	あなたと 請求者の 関係 Applicant's relationship with	夫・妻 父母・子 祖父母・孫 その他 () Husband Parent Grandparent Other /Wife /Child /Grandchild
	連絡先電話番号 Phone number	(- -)
窓口に来た人 (あなたの氏名) Visitor	上記(請求者と同じ) Same as	
	フリガナ Ruby	
	氏名 Name	
連絡先電話番号 Phone number	(- -)	
その他	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	
	申請の種類 Type of this application	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 新規 New application </div> <div style="text-align: center;"> 再交付 Re-issue </div> </div> <p>該当する方 に 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>
Other information	送付先住所 Mailing address	上記(請求者)と同じ Same as 〒