

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

桜川市長 宛

Year	Month	Date
年	月	日

To : Mayor

① 窓口 に来 た 人 Visitor	フリガナ	
	氏 名 Name	
	住 所 address	
	連絡先電話番号 Phone number	(- -)
② 請 求 者 Applicant (who wish to get the certificate)	☐上記（窓口に来た人）と同じ Same as ①	
	フリガナ	
	氏 名 Name	
	住 所 address	
	①あなたと②請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	☐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	(- -)	
③ そ の 他	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	