

〒123-4561
接種県予診市ワクチン町1番地1号789
1234567890123456789
1234567890123456789
1234567 セッシュマンション101
接種 太郎 様



4回目接種券

あなたの接種券番号
9910 000 001

予約専用サイト
https://vaccines.sciseed.jp/ishinomaki
二次元コードからのアクセスはこちら▶
推奨ブラウザ Edge、Google Chrome、Safari

新型コロナウイルスのオミクロン株対応 ワクチン接種のご案内

あなたの4回目接種可能日は
2022年7月1日以降です。
(3回目接種から5か月以上経過した日)

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。
接種を受けるときは、この用紙を切り取らずにお持ちください。

この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する大事な書面
ですので、接種後、大切に保管してください。

【ご注意ください】

- 接種日現在、石巻市の住民でない方は、この接種券は使えません。転出先の自治体にご相談ください。
- 市内で転居された方は、この接種券はそのままお使いいただけます。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号： 9910 000 001	市町村コード： 042021
4回目 接種年月日	氏名 接種 太郎
年	住 所 接種県予診市ワクチン町1番地1号789 1234567890123456789 12345678901234567 セッシュマンション101
月 日	生年月日 1945年(昭和20年)1月1日生
	宮城県石巻市長

新型コロナウイルスワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1回目	2021年7月1日	ファイザー	ロット番号A-001
2回目	2021年7月20日	ファイザー	ロット番号A-002
3回目	2021年12月1日	ファイザー	ロット番号D-001
***	****	****	****

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	接種県予診市ワクチン町1番地1号789 1234567890123456789 12345678901234567890123456789 セッシュマンション101		
フリガナ	セッシュ タロウ	電話	()
氏名	接種 太郎	電話番号	-
生年月日(西暦)	1945年01月01日生(満 歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度	分	

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	宮城県石巻市	042021
券番号	9910000001	
氏名	接種 太郎	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(3回) 前回の接種日(2021年12月1日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(ファイザー)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>	

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。
年 月 日 被接種者又は保護者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	医療機関等コード
シール貼付位置		実施場所	
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022年 月 日

〒223-4563
接種県予診市ワクチン町住所変更2番地3号
ワクチンマンション3 ※住所変更

Vaccine ABCDEFG 様



#65132369



9910000003

4回目接種券

あなたの接種券番号
9910 000 003

予約専用サイト

<https://vaccines.sciseed.jp/ishinomaki>

二次元コードからのアクセスはこちら▶
推奨ブラウザ Edge、Google Chrome、Safari



新型コロナウイルスのオミクロン株対応 ワクチン接種のご案内

あなたの4回目接種可能日は
2022年7月3日以降です。
(3回目接種から5か月以上経過した日)

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。
接種を受けるときは、この用紙を切り取らずにお持ちください。

この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する大事な書面
ですので、接種後、大切に保管してください。

【ご注意ください】

- 接種日現在、石巻市の住民でない方は、この接種券は使えません。転出先の自治体にご相談ください。
- 市内で転居された方は、この接種券はそのままお使いいただけます。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号： 9910 000 003	市町村コード： 042021
4回目 接種年月日 年 月 日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
氏名 住所 生年月日	Vaccine ABCDEFG 接種県予診市ワクチン町住所変更2番地3号 ワクチンマンション3 ※住所変更 1913年(大正2年)1月23日生

宮城県石巻市長

新型コロナウイルスワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1回目	2021年7月1日	アストラゼネカ	ロット番号B-001
2回目	****	****	****
3回目	2021年11月5日	アストラゼネカ	ロット番号D-002
***	****	****	****

※*が印字された部分の記録の証明については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって行われます。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	宮城県石巻市	042021
券番号	9910000003	
氏名	Vaccine ABCDEFG	
氏名	Vaccine ABCDEFG	240420219910000003
フリガナ	Vaccine ABCDEFG	電話番号 ()
氏名	Vaccine ABCDEFG	電話番号 -
生年月日(西暦)	1913年01月23日生(満 歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度 分	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(3回) 前回の接種日(2021年11月5日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(アストラゼネカ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は
保護者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年後見人場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日

切り取らずに接種会場にお持ちください

002 000 PC : 石巻市

002 000 PC : 石巻市

〒323-4565
接種県予診市ワクチン町住所変更3番地5号
接種券ハウス5 ※DM送付先変更

変更 二郎 様

#65132370



9910000005

4回目接種券

あなたの接種券番号
9910 000 005

予約専用サイト

<https://vaccines.sciseed.jp/ishinomaki>
二次元コードからのアクセスはこちら▶
推奨ブラウザ Edge、Google Chrome、Safari



新型コロナウイルスのオミクロン株対応 ワクチン接種のご案内

あなたの4回目接種可能日は
____年 ____月 ____日以降です。
(3回目接種から5か月以上経過した日)

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。
接種を受けるときは、この用紙を切り取らずにお持ちください。**

**この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する大事な書面
ですので、接種後、大切に保管してください。**

【ご注意ください】

- ・接種日現在、石巻市の住民でない方は、この接種券は使えません。転出先の自治体にご相談ください。
- ・市内で転居された方は、この接種券はそのままお使いいただけます。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号： 9910 000 005	市町村コード： 042021
4回目 接種年月日 ____年 ____月 ____日	氏名 予診 太郎 住所 接種県予診市ワクチン町1番地5号 セツ シュマンション105 生年月日 2010年(平成22年)11月22日生
メーカー/Lot No. (シール貼付け)	宮城県石巻市長

新型コロナワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1回目	****	武田/モデルナ	ロット番号C-001
2回目	2021年6月10日	****	****
3回目	2021年12月20日	武田/モデルナ	ロット番号D-004
***	****	****	****

※*が印字された部分の記録の証明については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって行われます。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種 2 (予診のみ) 4 回目	請求先 宮城県石巻市 042021	券番号 9910000005	氏名 予診 太郎
住民票に記載されている住所 接種県予診市ワクチン町1番地5号 セツシュマンション105	フリガナ ヨシン タロウ	氏名 予診 太郎	生年月日(西暦) 2010年11月22日生(満____歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号 () -	診察前の体温 ____度 ____分	240420219910000005	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(3 回) 前回の接種日(2021 年 12 月 20 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(武田/モデルナ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>	

新型コロナワクチン接種希望書
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。
____年 ____月 ____日 被接種者又は 保護者自署 <small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人場合は本人又は成年後見人自署)</small>

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 ____年 ____月 ____日

切り取らずに接種会場にお持ちください

003 000 PC: 石巻市

003 000 PC: 石巻市

〒123-4565
接種県予診市ワクチン町1番地6号 セッシ
ュマンション106

名前通称 通称 様



#65132371



9910000006

4回目接種券

あなたの接種券番号

9910 000 006

予約専用サイト

<https://vaccines.sciseed.jp/ishinomaki>

二次元コードからのアクセスはこちら▶

推奨ブラウザ

Edge、Google Chrome、Safari



新型コロナウイルスのオミクロン株対応 ワクチン接種のご案内

あなたの4回目接種可能日は
2022年7月6日以降です。
(3回目接種から5か月以上経過した日)

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。
接種を受けるときは、この用紙を切り取らずにお持ちください。

この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する大事な書面
ですので、接種後、大切に保管してください。

【ご注意ください】

- 接種日現在、石巻市の住民でない方は、この接種券は使えません。転出先の自治体にご相談ください。
- 市内で転居された方は、この接種券はそのままお使いいただけます。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号： 9910 000 006	市町村コード： 042021
4回目 接種年月日 年 月 日	氏名 名前通称 通称
メーカー/Lot No. (シール貼付け)	住所 接種県予診市ワクチン町1番地6号 セッ シュマンション106
	生年月日 2019年(令和元年)12月31日生

宮城県石巻市長

新型コロナワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1回目	2021年7月1日	****	****
2回目	****	武田/モデルナ	ロット番号C-002
3回目	2022年2月1日	ファイザー	****
***	****	****	****

※*が印字された部分の記録の証明については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって行われます。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	宮城県石巻市	042021
券番号	9910000006	
氏名	名前通称 通称	
生年月日(西暦)	2019年12月31日生(満 歳)	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(3回) 前回の接種日(2022年2月1日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(ファイザー)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日	被接種者又は 保護者自署
<small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年後見人場合は本人又は成年後見人自署)</small>	

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日

切り取らずに接種会場にお持ちください