

【5歳以上～17歳以下用・令和5年春開始接種】
基礎疾患等に係る接種券送付申請書

令和 年 月 日

潮来市長 宛

申請者住所

氏名

連絡先

接種者との続柄

基礎疾患等を有するため、新型コロナウイルスワクチン接種に関する令和5年春開始接種の接種券送付について、下記のとおり申請します。

1、接種を受ける人

住所 <input type="checkbox"/> 同上	
フリガナ	
氏名 <input type="checkbox"/> 同上	
生年月日(西暦)	
かかりつけの病院	

2、該当する基礎疾患（下記のに✓を記入してください）

- 慢性呼吸器疾患 慢性心疾患 慢性腎疾患 神経疾患・神経筋疾患
血液疾患 糖尿病・代謝性疾患 悪性腫瘍 関節リウマチ・膠原病
内分泌疾患 消化器疾患・肝疾患等
先天性免疫肥前症候群、H I V感染症、その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態
その他の小児領域の疾患（高度肥満、早産児、医療的ケア児、入所施設や長期入院の児、摂食障害）

3、前回のオミクロン対応2価ワクチン接種状況

※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は記入不要です。

①接種日： _____ 年 月 日

②ワクチン種類

- ファイザー BA1・BA4/5 モデルナ（スパイクボックス） BA1・BA4/5
ファイザー（5歳～11歳用） ファイザー（6か月～4歳）