

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

郵送 窓口

多摩市長 宛

To : Mayor of Tama

Year 年	Month 月	Date 日
-----------	------------	-----------

① 請求者  (証明を必要とする人)  Applicant (who wish to get the certificate)	フリガナ 氏名 Name				
	生年月日 Date of birth	Year 年	Month 月	Date 日	Age ( 才 )
	フリガナ 住所 Address	〒			
	連絡先電話番号 Phone number	(            -            -            )			
	<input type="checkbox"/> 上記 (請求者) と同じ    Same as ①				
② 申請者  (窓口に来た方)  Visitor or Sender	フリガナ 氏名 Name				
	あなたと①請求者の 関係 Applicant's relationship with ①	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 父母・子 <input type="checkbox"/> 祖父母・孫 <input type="checkbox"/> 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)				
	渡航予定日 Expected departure date	Year 年	Month 月	Date 日	
	郵送の場合 In case of mail application 送付先住所 Mailing address	<input type="checkbox"/> 上記 (①請求者) と同じ    Same as ①			

多摩市事務処理欄

申請	本人    その他*(委任状)	保留理由・連絡経過 委任状   旅券   住所   返送先   接種記録	センター 受付日	
	窓口   郵送(返信封筒   有   無)		窓 口	受付 時間
旅券	有効期間   有   無*(証明不可)		受取 予定	日 時頃
渡航先	記入   有   無		交 付 日 返 送 日	
旅券氏名	現登録   その他*↓			
接種券	有   無*→	<input type="checkbox"/> NOカード類 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 他		
済証	有   無*→			
返信先	<input type="checkbox"/> 接種券一致 <input type="checkbox"/> 転居有*→ <input type="checkbox"/> その他*→			