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

Year	Month	Date
年	月	日

阿波市長　宛
To：Mayor

①窓口に来た人（あなたの氏名） Visitor	住　所 Address	
	フリガナ	
	氏　名 Name	
	連絡先電話番号 Phone number	（　　ー　　ー　　）
②請求者（証明を必要とする人） Applicant (who wish to get the certificate)	□上記（窓口に来た人）と同じ　Same as ①	
	住　所 Address	
	フリガナ	
	氏　名 Name	
	①あなたと②請求者の関係 Applicant's relationship with ①	□夫・妻 Husband/Wife　□父母・子 Parent/Child　□祖父母・孫 Grandparent/Grandchild　□その他（　　） Other
	連絡先電話番号 Phone number	（　　ー　　ー　　）
③その他 Other information	渡航予定国・地域 Planned travel destination (country/area)	
	申請の種類 Type of this application	新規 New application　再交付 Re-issue 該当する方に〇をつけてください。 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.

発行日	発行者

【市記載欄】
- 本人確認　□氏名　□住所　□生年月日　□要配慮者情報
- 本人確認接種記録の確認　□接種済証　□接種記録証
- 旅券の確認　□姓名　□別姓名　□旅券番号　□有効期限