新型コロナウイルスワクチン予防接種証明書発行申請書

Application Form for Vaccination Certificate of COVID-19

川崎	市長宛 To: Mayor of k	Kawasaki City			年 Year	月 Month	日 Date	
★重要 提出する前に以下の事項を <u>必ず</u> ご確認ください。Please confirm the below box without fail.								
接種	接種証明書は接種時点で川崎市に住民票がない(なかった)場合は発行できません。予めご了承ください。							
転居	転居した場合等は、それぞれの自治体へ接種証明書の申請を行ってください。							
Only	Only people, who lived in Kawasaki city at the time of vaccination, are eligible to apply. In case you changed address							
during vaccinations, you need to apply to other local government also.								
	が担/主参仁		1' 4'		生による子	₹% \\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		
	新規/再発行	│□ 新規申請 new app	olication	│□紛	失による冉	発行 Re-issue		
	住所 Present Address							
		□ 同上 Same as above						
送付希望先 Address to send		(返信用封筒への記載必須) Please write the same address on the envelope attached.						
	ふりがな							
	氏名 Name	※氏名に外字(証明書発行シス だきます。予めご了承ください		字できない字)が含まれる場	合、代用漢字にて発	行させていた	
	生年月日 Birthday	年	Year	月 Month	ı 🗏 I	Date		
電	話番号 Phone number		_		_			
У	ールアドレス Mail							
	接種証明書の種類	□海外・国内兼用 □日本国内専用						
	Type of certificate	☐ International travel & dome	estic use in Japan		Domestic u	ise in Japan		
	渡航予定日 Planned travel date	年 Year	月 Mon	nth	日 Date			
	備考欄							
	Other information							
	Other information							
▼捞	是出する書類が全て揃って	こいるかチェックしてくだ	` さい					
	【海外・国内兼用の場合】旅券(パスポート)の写し ※有効期限を確認してください Copy of passport (Only date of expiry valid)							
	【国内専用の場合】本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証など※表面・裏面両方) In case of domestic use in Japan,copy of document for verifying your identity (e.g. driver's license, health insurance)							
	接種記録(接種 1~5 回目ごとのワクチンロット番号)が書かれたシールが貼られたものの写し(接種済証、接種記録証書、予診票の写し、母子健康手帳) Copy of the documents on which lot number seals of vaccination(from 1 st to 5 th dose) are placed. (e.g. Certificate(or record) of vaccination, preliminary examination slip, Mother and Child health Handbook)							
	【代理人による申請の場合】委任状							
	In case of application by proxy, Letter of proxy							
	【代理人による申請の場合】代理人の本人確認書類の写し In case of application by proxy, copy of document for verifying proxy's identity							

◆接種記録を確認できる書類の写し(予防接種済証・接種記録書・予診票控えの写し)が何も提出できない方は、以下を記載してください。こちらで接種記録をお調べしますが、証明書発行まで時間がかかりますので、予めご了承ください。職域接種で接種を受けた方は、「★印」欄も必ずご記入ください。

If you have lost "Certificate of Vaccination for COVID-19" or "Record of Vaccination for COVID-19", please fill in the following parts in addition. We will check your vaccination record here, but it will take time to issue the certificate. In case of Vaccination at workplaces, please be sure to fill in the "★" column as well.

First Dose			workplaces, pleade be dure to the fit the
*In case of Vaccination at workplaces 電話 Phone — 一 接種2回目 Second Dose	接種1回目 First Dose	Vaccination Date	年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone
接種 2 回目 Second Dose 接種日 Vaccination Date 年 Year 月 Month 目 Date 閉所 Place 電話 Phone ー ー		★In case of	会社名 Company name 担当部署 department in charge 担当者 person in charge
Vaccination Date 年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone — —			電話 Phone — —
★職域接種の場合 ★In case of Vaccination at workplaces 接種3回目 Third Dose 接種4回目 Fourth Dose 接種6回目 Fifth Dose 接種6回目 Fifth Dose ★職域接種の場合 ★In case of Vaccination Date ★職域接種の場合 ★In case of Vaccination Date ★社名 Company name 電話 Phone 年 Year / 月 Month / 日 Date 電話 Phone	接種2回目	接種日	/ 場所
In case of Vaccination at workplaces 電話 Phone	Second Dose	Vaccination Date	年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone — —
Vaccination at workplaces 電話 Phone		★職域接種の場合	会社名 Company name 担当部署 department in charge 担当者 person in charge
接種3回目 Third Dose 接種3回目 Third Dose			
Vaccination Date 年 Year / 月 Month / 目 Date 門lace 電話 Phone 一			電話 Phone — —
*職域接種の場合 ★In case of Vaccination at workplaces 接種4回目 Fourth Dose 接種5回目 Fifth Dose 接種6回目 接種日 Vaccination Date ★職域接種の場合 ★In case of Vaccination Date ★離り 大型の	接種3回目		/ 場所
*** In case of Vaccination at workplaces** 電話 Phone	Third Dose	Vaccination Date	年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone
Vaccination at workplaces 電話 Phone		★職域接種の場合	会社名 Company name 担当部署 department in charge 担当者 person in charge
workplaces 電話 Phone			
Fourth Dose			電話 Phone — —
Fourth Dose	接種 4 回目	接種日	/ / 場所
★In case of Vaccination at workplaces 電話 Phone — — 接種 5 回目 接種日 Vaccination Date 年 Year /月 Month /日 Date 閉は接種の場合 大阪 In case of Vaccination at workplaces 電話 Phone — — 接種 6 回目 接種日 / 場所	Fourth Dose	Vaccination Date	i i
Vaccination at workplaces 電話 Phone		★職域接種の場合	会社名 Company name 担当部署 department in charge 担当者 person in charge
workplaces 電話 Phone ー ー			
Fifth Dose Vaccination Date 年 Year /月 Month / 日 Date Place 電話 Phone — — ★職域接種の場合 ★In case of Vaccination at workplaces 接種 6 回目 接種日 / 場所			電話 Phone — —
★職域接種の場合 ★In case of Vaccination at workplaces 接種6回目 ★随域接種の場合 大部域接種の場合 を対象を表現します。 を対象を表現します。 ままり、 を対象を表現します。 を対象を表現します。 は当部署 department in charge 担当者 person in charge 和	接種 5 回目	••••	
★In case of Vaccination at workplaces 電話 Phone — 一 場所	Fifth Dose	Vaccination Date	10 III
workplaces 電話 Phone — 接種 6 回目 接種日 / 場所		★In case of	会社名 Company name 担当部署 department in charge 担当者 person in charge
			電話 Phone — —
Sixth Dose Vaccination Date 年 Year /月 Month / 日 Date Place 電話 Phone — —	接種6回目	** *	
	Sixth Dose	Vaccination Date	年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone
	接種7回目	接種日	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
SeventhDose Vaccination Date 年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone	SeventhDose	Vaccination Date	年 Year / 月 Month / 日 Date Place 電話 Phone — —

[·]接種場所名称の例…〇〇クリニック、××区集団接種会場、△△株式会社職域接種会場

Example of description for vaccination venue ··· ABC clinic, DEF mass vaccination site, GHI corporation vaccination site

【問合せ先】

川崎市予約接種コールセンター Contact Center

TEL: 0 4 4 - 2 0 0 - 0 1 4 2

【申請書送付先】Please send the application documents to the following address.

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局予防接種担当(新型コロナ接種証明書)宛

(封筒に赤字にて「ワクチン接種証明申請書在中」と記載をお願いします。)

Vaccination Certificate team in charge, Infectious Disease Control Measures Section, Health and Welfare Bureau, Kawasaki City Office ₹210-8577 Miyamotocho1, Kawasaki-ward, Kawasaki City