

太枠の中をご記入ください。

受付日	年 月 日	来所者	本人・申請者・他（ ）		
確認物	免許証・保険証・マイナンバーカード その他（ ）	健康管理システム 確認	☐ 住民確認 ☐ 対象年齢確認 ☐ 接種歴なし確認	窓口 対応者	