

2回目以降の場合

<p>【 】回目接種状況</p> <p>※最後に接種した回数を数字で記入してください。</p> <p>※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。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	① 接種日： _____ 年 月 日		
	② ワクチン種類：		
	ファイザー	12歳以上用	<input type="checkbox"/> 従来型
			<input type="checkbox"/> オミクロン株対応2価
			<input type="checkbox"/> オミクロン株(XBB.1.5)対応1価
		5～11歳用	<input type="checkbox"/> 従来型
			<input type="checkbox"/> オミクロン株対応2価
			<input type="checkbox"/> オミクロン株(XBB.1.5)対応1価
	生後6か月～4歳用	<input type="checkbox"/> 従来型	
		<input type="checkbox"/> オミクロン株(XBB.1.5)対応1価	
モデルナ	12歳以上用	<input type="checkbox"/> 従来型	
		<input type="checkbox"/> オミクロン株対応2価	
		<input type="checkbox"/> オミクロン株(XBB.1.5)対応1価	
<input type="checkbox"/> 武田（ノババックス）			
<input type="checkbox"/> アストラゼネカ			
<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）			
③ 接種の方法（あてはまるものにチェック）：			
<input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ）			
<input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）（※） （自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。）			

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法があてはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種にあてはまらない接種