

新型コロナウイルスワクチン接種（4回目）に係る申告書
（重症化リスクが高いと医師が認めた方用）

令和 年 月 日

西会津町長 あて

申請者氏名	
生年月日	年 月 日生
日中連絡のとれる連絡先	()
医師に相談した日	令和 年 月 日
相談した医療機関	
重症化リスクが高いと認められた理由	
その他疾患等	