

住所地外接種届 (新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

栄町長 岡田 正市 様

申請者 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他 ()

栄町において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|-------------------------------------|---|--|---|--|--|--|--|---|---|
| 被 接 種 者 | ふりがな | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | | | | | | | | | |
| | 住民票に記載の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | | | | | | | | |
| | 居住先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | 年 | | | | | 月 | 日 |
| 接種券番号 (10桁) | | | | | | | | | | | |
| 接種状況 | <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | <input type="checkbox"/> 単身赴任者 <input type="checkbox"/> 遠隔地へ下宿中の学生 <input type="checkbox"/> 里帰り出産による帰省等 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情があり住民票所在地外に居住している () | | | | | | | | | | |
| 送付先住所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 〒 | | | | | | | | | |