

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

新十津川町長宛

申請者 ふりがな 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（ ）

新十津川町において、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。

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4回目接種用 <input type="checkbox"/> 5回目接種用						
被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ					
	氏名						
	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）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>						
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4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	〒					