

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 氏名（ふりがな）

住民票住所

〒

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（今回接種回数）		<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目								
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）										
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 <input type="checkbox"/> 5回接種 <input type="checkbox"/> 6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	〒							