

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東 浦 町 長

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

住所（居住地） \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同居の親族  
その他（ ）

東浦町において、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									男・女	
	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
	性別			男性	・					女性		
接種券番号（10桁）												
希望する接種回数	（ ）回目接種希望											
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	〒										

保健センター確認欄	受付（ ）
<input type="checkbox"/> 今回の接種券または接種券一体型予診票の写し	・接種券番号確認
<input type="checkbox"/> 前回の接種歴（回数・ワクチンの種類・接種年月日）がわかる書類の写し	
<input type="checkbox"/> 郵送希望者は返信用封筒	
備 考	