

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

御前崎市長宛

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（ ）

御前崎市において、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"/> 追加接種（ ）回目接種用												
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）	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%; border-right: 1px dotted black;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> （ ）回接種済												
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	〒											