

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

当麻町長 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（ ）

当麻町において、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（1，2回目接種） <input type="checkbox"/> 3回目接種用 <input type="checkbox"/> 4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		
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							
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	〒						