

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

御船町長 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（ ）

御船町において、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。

記

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（満年齢 歳）									
接種券番号 (10桁)											
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種（令和 年 月 日）									
接種場所											
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	〒								