

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大泉町長宛

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（ ）

大泉町において、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																	
	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 border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1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	〒																	