

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

石井町長宛

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（ ）

石井町において、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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </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	〒																	