

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

串本町長 様

申請者 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（  ）

串本町において、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)	<input type="text"/>									
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 ( <input type="text"/> )									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒								