

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

茅ヶ崎市長 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（ ）

茅ヶ崎市において、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）											
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	〒									
送付先宛名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	<input type="checkbox"/> 被接種者 と同じ	その他								様

----- 職員記入欄 -----

受付日	/	受付者		発行日	/
受付方法	電話・窓口・Web	発行済	<input type="checkbox"/>	入力日	/