

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

三 沢 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（ ）

三沢市において、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。

用 途	<input type="checkbox"/> 初回接種（1・2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 追加接種（3回目接種）用 <input type="checkbox"/> 追加接種（4回目接種）用	
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 （年齢： ）
接種券番号（10桁）		
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3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	〒

事務局記録欄	
取り込み	<input type="checkbox"/>
取り込み日 R	. .
個人 No.	9000000
担当	