住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

　　年　　月　　日

大槌町長　宛

　　　　　　　　　　　　　　 　　申請者　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄　□本人　□同居の家族

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　）

大槌町において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、住所地外接種届出を提出いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  |
| 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住民票に記載の住所 | □申請者と同じ |  |
| 居住先住所 | 〒 |
| 生年月日 |  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 接種状況 | □未接種　□１回接種 |
| 提出理由 | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等□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 | □申請者と同じ | 〒 |