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 | | 〒 | | | | | | | | |