

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

伊賀市長宛

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（ ）

伊賀市において、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）											
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済									
		【1回目接種】 ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：					【2回目接種】 ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：				
		【3回目接種】 ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：									
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	〒							