

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

茂原市長宛

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（ ）

茂原市において、予防接種を受けたいので、以下のとおり、住所地外接種届を提出いたします。

届出種別	<input type="checkbox"/> 1・2回目接種用	<input type="checkbox"/> 3回目接種用	<input type="checkbox"/> 4回目接種用	<input type="checkbox"/> 5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			
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 （ ） ※届出理由の確認等の為、市役所から御連絡をいれる場合があります。 あらかじめ御了承ください。								
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							

※必ず、接種券（接種券一体型予診票）のコピーを添付してください。