

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）【3回目接種用】

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。

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）	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
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。