

接種券写し	発行日	発行
<input type="checkbox"/>	R . .	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

遠軽町長 様

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（ ）

遠軽町において、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											
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	〒										

※住所地外の接種券（クーポン券）の写しを添付してください。