

住所地外接種申込書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

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（ ）

用途	<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 追加接種（3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）	<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>												
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種（1回目 / 、2回目 / ）												
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"/> 入院先、かかりつけ（通院中）の医療機関での接種を希望 （医療機関名： _____） <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 （ _____ ）												

受付日	月 日	コールセンター受付者	
<input type="checkbox"/> 2回目接種から一定期間が経過している			
接種予約日	月 日	接種時間	:
接種会場	処理者		