

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

みよし市長宛

申請者 ふりがな 氏名

〒

住所

電話番号

被接種者との関係  本人  同居の親族

代理人（ ）

みよし市において、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 ※住所地外接種届出済証 の送付先	〒								
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	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 ( )									

※居住先住所以外へ住所地外接種届出済証の送付を希望される場合は下記に記載してください。

送付先住所	〒
-------	---