

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

石川町長 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（ ）

石川町において、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。

用途		☐ 初回接種用 ☐ 3 回目接種用 ☐ 4 回目接種用 ☐ 5 回目接種用									
被 接 種 者	ふりがな										
	氏名	☐ 申請者 と同じ									
	住民票に記載の住所	☐ 申請者 と同じ	〒								
	居住先住所	☐ 申請者 と同じ	〒								
	生年月日	年 月 日									
接種券番号（10 桁）											
接種状況		☐ 未接種 ☐ 1 回接種 ☐ 2 回接種 ☐ 3 回接種 ☐ 4 回接種									
届出理由		☐ 単身赴任者 ☐ 遠隔地へ下宿中の学生 ☐ 里帰り出産による帰省等 ☐ 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		☐ 申請者 と同じ	〒								