住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

瑞穂町長　あて

申請者　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　□本人　□同居の親族

□その他（　　）

瑞穂町において、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します。

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	
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	〒