

新型コロナワクチン接種住所地外接種届

令和 年 月 日

都留市長 殿

申請者 ふりがな 氏名 _____ 印

住所（居住） _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯の人

その他※（ _____ ）

※委任状が必要となります

都留市において、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						
	居住先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒					
	住民票に記載の住所	〒 _____						
	生年月日（西暦）	年		月		日		
接種券番号（10桁）	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済							
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 (_____)							
接種希望医療機関								

【以下、市町村記入欄】

・予約システムへの登録 登録済