

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

芦屋町長宛

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（ ）

芦屋町において、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。

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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </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																				
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 （ ）																				
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒																			