

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

肝付町長 宛

申請者 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（ ）

肝付町において、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	<input type="text"/>	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	<input type="text"/>
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 <input type="text"/>
	居住先住所 ※肝付町に限る	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 <input type="text"/>
	生年月日	年 月 日	
接種券番号（10桁）	<input type="text"/>		
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 （ <input type="text"/> ）		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 <input type="text"/>	
その他必要な書類	<input type="checkbox"/> 接種券の写し（券番号が明瞭に見えるようにコピーをしてください。）		

【問合せ先】

肝付町役場 健康増進課

電話：0994-65-2564

FAX：0994-65-2517