

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

滝川市長 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 ()

滝川市において、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。

用途		<input type="checkbox"/> 1回目接種 <input type="checkbox"/> 2回目接種 <input type="checkbox"/> 3回目接種 <input type="checkbox"/> 4回目接種 <input type="checkbox"/> 5回目接種 <input type="checkbox"/> 6回目接種 <input type="checkbox"/> 7回目接種																	
被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ																	
	氏名																		
	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（西暦）	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 年 月 日 </div>																	
接種券番号（10桁）		<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></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 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 <input type="checkbox"/> 5回接種 <input type="checkbox"/> 6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（理由を記入してください。） ()																	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒																