

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

白浜町長宛

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（ ）

白浜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	氏 名	(ふりがな) <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	〒 白浜町						
	生年月日	年 月 日							
接種券番号（10桁）									
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済み <input type="checkbox"/> 2回接種済み <input type="checkbox"/> 3回接種済み							
接種日		1回目 令和 年 月 日		2回目 令和 年 月 日			3回目 令和 年 月 日		
申請理由		<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 （理由等 ）							
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒						

※住民票所在地の市区町村から発行された接種券の写しを添付してください。

※1回でも接種がお済みの方は接種済証、接種記録書、接種証明書のいずれかの写しを添付してください。