

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

佐倉市長 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（ ）

佐倉市において、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								
	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		
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 ⇒ 1回目接種日： 年 月 日 ， ワクチンの種類： （※1）									
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（※2） ⇒ （ ）									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒								

※1. 1回接種済の場合は1回目接種日と、1回目接種時のワクチンの種類をご記入ください。

※2. 届出理由が「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」の場合、括弧内に詳細を記入。

※以下市記入欄

課長	室長	供覧	受理日	送付日	備考