

# 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 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			
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	〒		

※以下市記入欄

課長	室長	供覧	受理日	送付日	備考