

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

茨城町長 宛

申請者 <sup>ふりがな</sup> 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（ ）

茨城町において、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										
	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"/> 接種済み【前回接種「 」回】 <input type="checkbox"/> 未接種										
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	〒									