

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

東伊豆町長宛

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（ ）

東伊豆町において、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。

用途		<input type="checkbox"/> 初回接種（1、2回目接種）用 <input type="checkbox"/> 追加接種（3・4回目接種）用	
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	年 月 日	
接種券番号（10桁）			
接種状況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目接種済み <input type="checkbox"/> 2回目接種済み <input type="checkbox"/> 3回目接種済み	
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 （理由 _____）	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒

※住民票所在地が発行した接種券のコピーを添付して下さい。