

中芸広域連合住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

中芸広域連合長 様

中芸広域連合管内医療機関において、新型コロナワクチン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。

申請者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正	年	月	日生						
	住民票記載住所	〒									
	居住先住所	〒									
	電話番号										
	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
（申請者が本人であれば記載不要）											
被接種者	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治・大正	年	月	日生						
	住民票記載住所	〒									
	居住先住所	〒									
	電話番号										
接種券番号（10桁）											（左欄へ左づめで記入）
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 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情がある（ ）										
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済み										
添付書類	<input type="checkbox"/> 被接種者の接種券										
届出済証送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所（ <input type="checkbox"/> 住所地・ <input type="checkbox"/> 居住地） <input type="checkbox"/> 被接種者住所（ <input type="checkbox"/> 住所地・ <input type="checkbox"/> 居住地）										

- 届出の際は、被接種者の接種券の写しを添付してください。
- 申請者の本人確認ができる書類を提示してください。

※	町村受付印	広域受付印	発行印（No. ）