

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

申請者	ふりがな	
	氏名	
	住民票に記載の住所	〒 -
	電話番号	
	被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他（ ）

苫小牧市において、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 <small>※申請者と同一の場合は省略可</small>	
	住民票に記載の住所 <small>※申請者と同一の場合は省略可</small>	〒
	居住先住所	〒
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 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"/> かかりつけ医のもとで接種したいため <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）	
届出済証の送付先	<input type="checkbox"/> 住民票に記載の住所 <input type="checkbox"/> 居住先住所 <input type="checkbox"/> その他（宛先：〒 - ）	

※住民票のある自治体から発行された接種券の写しを必ず添付してください。