

※町記入欄

申請受付番号	
--------	--

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

四万十町長 中尾 博憲 様

(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

四万十町において、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	大正・昭和・平成 年 月 日								
接種券番号（10桁）										
接 種 状 況		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 最終接種回数 ____回接種済								
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	〒							