

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

（宛先）江別市長

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（ _____ ）

江別市において、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	<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（西暦）			年				月			日									
接種券番号（10桁）		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																		
接種状況 ・最終接種回数、接種日 接種ワクチンを ご記入ください。		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種 <input type="checkbox"/> 4回接種 （最終接種日 年 月 日） <input type="checkbox"/> ファイザー（従来） <input type="checkbox"/> モデルナ（従来） <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> ファイザー（5～11歳用） <input type="checkbox"/> ファイザー（BA.1） <input type="checkbox"/> モデルナ（BA.1） <input type="checkbox"/> ファイザー（BA.4/5） <input type="checkbox"/> モデルナ（BA.4/5） <input type="checkbox"/> ファイザー（6か月～4歳） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ																		
届出の理由		<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	〒																