

住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

伊賀市長宛

申請者 フリガナ 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（ ）

伊賀市において、予防接種を希望します。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	フリガナ										
	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	明治・大正・昭和	年	月							
接種券番号（10桁）											
接種状況		<input type="checkbox"/> 1回目の接種 ※1回目接種の方に限る。									
届出理由		<input type="checkbox"/> かかりつけ (受診科： 主治医：)									
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	電話番号							

※記入後は、こちらの用紙とクーポン券を総合受付に提出してください。

ID :	
受領者	