

# 新型コロナウイルスワクチン4回目用ポスター住所地外接種届(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 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 ( )

伊賀市において、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			年				月		
接種券番号 (10桁)										
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済									
	<b>【1回目接種】</b> ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：					<b>【2回目接種】</b> ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：				
	<b>【3回目接種】</b> ◆接種日：令和 年 月 日 ◆ワクチンの種類： ◆接種券の発行市町村名：									
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	〒								

I D :	受付者