

住所地外接種届(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

(あて先)八尾市長

ふりがな

申請者 氏名

住所

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他()

八尾市において、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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	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"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2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	〒									

事務局 記入欄

発行窓口	<input type="checkbox"/> 電話対応 <input type="checkbox"/> 予約支援 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX
発送日	年 月 日
台帳記入	<input type="checkbox"/> 住所地外接種届一覧

確認印・署名		
窓口 S	受付 D	発送 D

管理No.