

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

軽井沢町長 殿

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（ ）

軽井沢町において、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	〒										
	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回目のみ接種 <input type="checkbox"/> 2回目接種済み				1回目接種日		年	月	日		
						2回目接種日		年	月	日		
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		※届出済証を上記居住先住所と異なる住所に送付する場合に記入してください。 〒										