

## 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

松原市長 様

申請者 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（  ）

松原市において、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		
クーポン券番号（10桁）										
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種									
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 （ <input type="text"/> ）									
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒								

申請書 問い合わせ先 松原市新型コロナワクチンコールセンター 0120-862-270  
 申請書 送付先 〒580-8501 松原市阿保1-1-1 松原市役所 地域保健課