住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和　　年　　月　　日

江戸川区長宛

申請者

住所

電話番号

被接種者との続柄　　□本人　□同居の親族

□その他（　　　　）

江戸川区において、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 | □申請者  と同じ | |  | | | | | | | | |
| 住民票に記載の住所 | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | | |
| 居住先住所 | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 接種券番号（10桁） | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 接種状況 | | □未接種　□１回接種済　□２回接種済 | | | | | | | | | | |
| 届出理由 | | □単身赴任者　□遠隔地へ下宿中の学生　□里帰り出産による帰省等  □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 | | □申請者  と同じ | | 〒 | | | | | | | | |

【送付先】〒132-8507　東京都江戸川区中央4-24-19

　　　　　江戸川保健所　新型コロナウイルス感染症ワクチン接種担当課

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務  処理欄 | 受付日 |  | 送付日 |  |
| 受付者 |  | 送付者 |  |