

住所地外接種届（新型コロナワクチン接種）

令和 年 月 日

黒部市長宛

申請者 氏名

〒

住所

電話番号

接種を受ける方との続柄 本人 同居の親族
その他（ ）

下記の事項に同意の上、本届の提出をお願いします。
(下記をお読みの上、にチェックしてください。)

届出理由が本届に該当しない場合や、不明確な場合は黒部市での接種をお断りすることがあります。

黒部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。

接種を受ける方	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
	氏名								
	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	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							
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理由があり黒部市に居住している ※必須：“その他”を選んだ場合は、下記【 】内に理由をご記載ください。 【 】							
送付先	宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
	住所		〒						

※クーポン券（接種券）の写しを添付してください。