

# 住所地外接種届（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

四條畷市長 宛

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（ ）

四條畷市において、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	西暦	年 月 日
接種券番号（10桁）			
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種		
	<input type="checkbox"/> 接種済（ <input type="checkbox"/> 1回 ・ <input type="checkbox"/> 2回 ） 1回目（ <input type="checkbox"/> ファイザー ・ <input type="checkbox"/> モデルナ ・ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ ・ <input type="checkbox"/> その他 ） 接種時期：令和 年 月 日 接種時の住民票所在地： _____ 2回目（ <input type="checkbox"/> ファイザー ・ <input type="checkbox"/> モデルナ ・ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ ・ <input type="checkbox"/> その他 ） 接種時期：令和 年 月 日 接種時の住民票所在地： _____		
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	〒 _____	

※四條畷市で接種情報を確認するため、次の事項に同意(□にレ点)の上、届出をしてください。

- 接種履歴がある方については、ワクチン接種記録システム(VRS)等において、接種券番号または他の個人情報(氏名・生年月日・性別)により、接種記録を確認します。
- 接種履歴、接種券番号、生年月日及び連絡先を市が運営する予約システム上に登録します。
- 1回目・2回目の方は接種券の写しの添付が必要です。  
3回目の方は接種券一体型予診票の写し及び予防接種済証の写しの添付が必要です。