

予約受付番号取得申請書

令和 年 月 日

八潮市長宛

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 ()

住所地外において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、予約受付番号取得申請書を提出いたします。

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
接種券番号			
接種状況	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> 基礎疾患があり主治医の下で接種するため <input type="checkbox"/> 副反応のリスクが高い等のため、体制の整った医療機関での接種を要するため <input type="checkbox"/> 市町村外の医療機関からの往診により在宅で接種を受けるため <input type="checkbox"/> 災害による被害にあったため ()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	

※住民票所在地より送付された接種券（クーポン券）の写しを添付してください