**令和5年春開始新型コロナワクチン接種について**

当院では午前の診療後**12時30分～13時30分**にワクチン接種を行います。これまで当クリニック以外の接種会場で接種した方も接種可能です。**ファイザー社製オミクロン株対応**ワクチンを使用いたします。接種後15分は院内で待機していただき体調の変化を観察いたします。

**＜接種期間＞**

令和5年5月8日～8月31日

**＜接種対象＞**

1. 初回接種（1・2回目接種）を完了した65歳以上の方
2. 12歳～64歳で基礎疾患のある方、重症化リスクが高いと医師が認める方
3. 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者

**＜接種券の配布について＞**

**65歳以上の方**

・オミクロン株対応ワクチンの接種が完了し、前回接種から3か月経過しているすべての方に4月下旬から順次発送されます。

・オミクロン株対応ワクチンを未接種の方は、お手元の接種券をご使用ください。

・接種券を紛失された方は大垣市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター（0584-47-6101）へ電話でお問い合わせ下さい。

**12歳～64歳で基礎疾患のある方、重症化リスクが高いと医師が認める方**

・事前に申し込みが必要です。大垣市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター（0584-47-6101）へ電話でお問い合わせ下さい。

**大垣市以外にお住まいの方**

・当院で接種できますが、接種券については各自治体にお問い合わせ下さい。

**＜予約方法＞**

接種券をご準備のうえご来院ください。

お手元に接種券が届いていない場合は予約できません。

１：当クリニックの接種申込書に必要事項を記入し受付にご提出ください。**お電話やメールでの予約受付は行っていません。**

３：引き換えに接種日を記入した予約票をお渡しします。

※その他のワクチン接種とは2週間の間隔をあける必要があります。

＜新型コロナワクチン接種申込書＞

新型コロナワクチン接種を希望します。

　　令和　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| お名前 |
| (ふりがな) |
| 住民票のある住所 |
|  |
| 電話番号（必ず連絡が取れる番号をお書き下さい） |
|  |

※太枠（２つ）の中をご記入ください。

**《コロナワクチン接種予約票》**

|  |
| --- |
| お名前  　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 接種日  　　月　　　　日（　　　）  　　　　　　時　　　　分　 から |



お読みください

※ご都合が悪くなった場合はお電話ください。ご連絡がない場合はキャンセルさせていただきます。

☎0584-77-5355

1. **自治体より送付された予診票**

・予診票に体温など必要事項を

すべてご記入ください

・接種済証は切り取らないで下さい

1. **身分証明書**

・運転免許証、パスポート、

健康保険証、マイナンバーカード

1. **こちらの予約票**