＜新型コロナワクチン接種予約票＞（65 歳未満用）

＜新型コロナワクチン接種予約について＞（65 歳未満の方）を確認のうえ、新型コロナワクチン接種を希望します。　　令和３年　　月　　日

接種希望の方	診察券番号について
ふりがな お名前	1：受診したことがない 2：受診したことがある （診察券番号　　） 3：受診したが診察券をなくした

生年月日	年齢
昭和・平成　　年　　月　　日　生まれ	歳

ご住所
〒

電話番号（必ず連絡が取れる番号をお書き下さい）	
固定電話	携帯電話

緊急時連絡先（接種後の体調不良時などに連絡させていただきます）	
ふりがな お名前　　続柄（　　）	
固定電話	携帯電話

予約日の希望をお伺いします。時間帯をご確認の上、来院可能な曜日をすべて○で囲って下さい。（○の数が多いほど、早くご案内できます。）	
1・いつでもよい	
2・午前診終了後（12：30～13：30）	月・火・水・木・金・土
3・午後診開始前（16：15～16：30）	月・火・水・―・金・―

No　-U65