

<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予約について>を読み、
新型コロナワクチン接種を希望します。

令和 年 月 日

| | | | |
|--|-------------------------------------|-----|-----|
| 自治体から届いた接種券に記載されている最終ワクチン接種日 | | | |
| 【最終ワクチン接種日】 <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> 回目接種 令和 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 | 番号 () ① 受診したことがない ② 診察券をなくした | | |
| 生年月日 | 本日現在の年齢 | | |
| 大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ | 歳 | | |
| 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) | | | |
| 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 | | |
| 接種日の曜日の希望をお伺いします。該当する部分を○で囲って下さい | | | |
| いつでもよい | 月曜日 | 水曜日 | 金曜日 |

以下は記入しないで下さい

| | | |
|-----|---------|-----|
| 接種日 | 月 日 () | No. |
|-----|---------|-----|