

新型コロナウイルスワクチン接種予約票 (FAX 予約用)

地域医療推進課 宛て

FAX 番号：059-382-7607

※枠内を記入してください※

(接種希望者)

氏名

住所

連絡先 (FAX 番号)

接種券番号

※65歳以上の方は、接種券が自動で発送されます。

※お手元に接種券がある場合、そちらをご使用いただけます。

※お手元に接種券がない64歳以下の方は、接種券の発行申請が必要です。

！ 前回接種から **3カ月** 経過後に予約・接種が可能です ！

※枠内を記入してください※

ワクチンを接種したい病院 (かかりつけ病院等)

病院名：

接種希望日時 ① 月 日 (曜日) 時～ 時

② 月 日 (曜日) 時～ 時

③ 月 日 (曜日) 時～ 時

④ 月 日 (曜日) 時～ 時

※第1希望～第4希望の日時の記入をお願い致します。

※希望時間を記入してください。 記載例：①5月19日(水曜日)9時～11時

②5月26日(金曜日)13時～17時

※希望した日に接種ができない場合がございます。

【予約確定情報】

病 院 名：

接種希望日時： 月 日 (曜日) 時 分