

新型コロナウイルスワクチン接種 FaX 相談票

(聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方)

Fax 050-3397-1885

甘日市市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

該当する項目の□に☑を入れてください

現在の日時	令和3年 月 日 (午前・午後 時 分)
ふりがな	
氏名	
住所	甘日市市
年齢	<input type="checkbox"/> 10代以下 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上
ワクチン接種の回数・種類など	ワクチンの接種回数について <input type="checkbox"/> 接種していない <input type="checkbox"/> 1回接種した (いつ: 令和3年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回接種した (いつ: 令和3年 月 日) 接種したワクチンの種類について <input type="checkbox"/> ファイザー社 <input type="checkbox"/> アストラゼネカ社 <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ社
自宅のFAX番号	() - ※自宅にFAXがない場合は、連絡先を記入してください
相談したいこと	<input type="checkbox"/> ワクチン接種の時期 <input type="checkbox"/> ワクチン接種の会場 <input type="checkbox"/> ワクチン接種の予約方法 <input type="checkbox"/> ワクチン接種の費用 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談内容 <u>具体的に</u> 書いてください	