

新型コロナウイルスワクチン接種 FAX 予約票

◆この用紙は、聴覚に障害のある方など電話での相談が難しい方専用です

FAX 050-3397-1885 (受付時間 9:00~16:00)

廿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

FAX 送信日 令和 年 月 日

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | 〒 廿日市市 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 |
| FAX 番号 | () - |
| 接種券番号 | |
| 既往歴等 | アレルギー あり ・ なし 基礎疾患 あり ・ なし 基礎疾患がある場合、ワクチン接種について主治医に相談していますか？ はい ・ いいえ 「いいえ」と答えた方は接種日までに主治医にご相談をしておいてください。 |
| 接種希望日 及び 接種希望場所 (1回目) | 第1希望日： 月 日 () 時 分 第2希望日： 月 日 () 時 分 第3希望日： 月 日 () 時 分 接種希望会場 [] |
| 接種希望日 及び 接種希望場所 (2回目) | 第1希望日： 月 日 () 時 分 第2希望日： 月 日 () 時 分 第3希望日： 月 日 () 時 分 接種希望会場 [] |

- ・ 1回目の3週間後の同じ曜日以降で、同じ会場で2回目の接種を予約してください。
- ・ ご希望された日程によっては、繰り返しお伺いさせていただく場合がございます。
- ・ 申込み後の予約キャンセル変更は、コールセンターへご連絡ください。