

新型コロナウイルスワクチン接種申込書

代表者 <sup>フリガナ</sup> 氏名 \_\_\_\_\_ 申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先 電話番号(必須) \_\_\_\_\_ メールアドレス(任意) \_\_\_\_\_

【接種者】

フリガナ 氏名	生年月日	住所	電話番号
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			
-----	西暦 年 月 日	那珂市	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)			

希望日 第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (午前 ・ 午後)

第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (午前 ・ 午後)

第三希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (午前 ・ 午後)

一本のワクチン瓶から6人分をご用意できます。

お仲間、ご近所、ご親族の方と一緒に6名さま分をまとめて代表者の方からご予約いただけましたら、優先的に対応させていただきます。

個別接種のご予約の場合、お一人お二人分のご予約お申し込みの場合にはご希望日のご予約者数が6の倍数人数にならない場合は、申し訳ございませんが前後三日以内で予約日を変更させていただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。

すでに第一から第三希望の日時がご予約でいっぱいの際には、別な日時にご予約を変更させていただく場合がございます。

ご予約の際に三週間後の二回目の接種予約も一緒にご予約させていただきます。

1営業日以内に折り返し代表者の方にご連絡いたします。連絡がない場合にはお電話でお問い合わせください。