

1回目	/ () :
2回目	/ () :

これより上は記入しないでください。

FAX 029-353-2662

那珂キッズクリニック小児科行

那珂市10代(12歳~19歳)の新型コロナワクチン接種申込書

保護者 ^{フリガナ} 氏名 _____

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先 電話番号(必須) _____

※日中必ず連絡が取れる連絡先をご記入ください。

住所 那珂市 _____

メールアドレス(任意) _____

【接種者】

フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日(歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日(歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日(歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日(歳)
診察券番号		備考				

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)

すでに第一から第三希望の日時を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保護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。