

山田外科医院 コロナワクチン接種 申込書

以下のあてはまる項目にチェックしてください。

- 1回目・2回目のコロナワクチンの接種を既に受けている。
- 12歳以上である。
- 最終のコロナワクチン接種日から、5か月以上経過している。
- 接種券が手元に届いている。

※上記4項目すべてに当てはまらない方は接種できません。

接種を希望される方は、下記項目に記入してください。

姓	名	年齢	生年	月	日	電話番号	最終接種日
カナ	カナ						
カナ	カナ						
カナ	カナ						

※3名以上申込みされる方は、もう1枚記入してください。

※連絡のつきやすい電話番号を記入してください。 ※連絡がつかない場合、次に申込みされている方を優先させていただきます。

接種希望があれば、下記項目にチェックしてください。

- 午前希望 午後希望 ※午後は月・火・金曜日のみ可能です。
- 曜日指定あり 月 火 水 木 金 土
- ____月 ____日以降希望 インフルエンザワクチンと同時接種希望。(※インフルエンザ接種申込書も記載してください)
- 日付指定 (第一希望) (第2希望) (第3希望) **※日付指定ですと、希望に添えない場合もあります。**
- その他、希望があれば記入してください。()

必要事項をすべて記入の上、下記のどちらかの連絡先まで送付してください。

FAX: 072-462-6362

Emil: yamadagekaiin@gmail.com