

山田外科医院 2023年春夏コロナワクチン追加接種 申込書

以下のあてはまる項目にチェックしてください。

- 65歳以上である。
- 5歳以上64歳未満で、基礎疾患がある、または医師から重症化リスクがあると診断されている。
- 医療従事者、高齢者施設・障害者施設の従事者に当たる。

※上記3項目のいずれかに当てはまらない方は接種できません。

※前回の接種から3ヶ月以上経過してい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