

新型コロナウイルスワクチン追加接種(4回目接種)予約申込書



FAX 0566-75-7516



必要事項をご記入の上、こちらのFAX番号へお送りください。

三河安城クリニックの 受診者ID (最大7桁)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※受診歴のある方は必ずご記入ください。 IDが確認できた方は希望日をできるかぎり優先します。 ※人間ドック・健診の個人結果表でご確認ください。 ※右詰めで記入してください。		
フリガナ			昭和 ・ 平成
氏名	生年月日		年 月 日
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 安城市 _____ _____		
電話番号①	(自宅・携帯・勤務先) - -	電話番号②	(自宅・携帯・勤務先) - -

3回目接種日	令和 年 月 日	※3回目接種からは5カ月経過し、 接種券が届いた方が対象です。
--------	----------	------------------------------------

参考に接種希望日をご記入ください(接種日はホームページをご確認ください)
受付時間は指定した時間となります

第1希望	月 日	第2希望	月 日	第3希望	月 日
------	-----	------	-----	------	-----

今回のワクチンはファイザー社製です

御注意

- 申込順に予約受付をしています。
- 予約を受け付けた方は記載住所へ予約券を郵送いたします。
郵送をもって予約受付済といたします。予約確認の電話は対応致しません。
- キャンセルの場合は当クリニックへ接種日の3日前までにご連絡ください。