

# 新型コロナウイルスワクチン追加接種(3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 <b>受診者ID</b> (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"/> <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		生年 月日	昭和 ・ 平成
氏名			年 月 日
住所	〒 <input type="text"/> <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) - -

2回目接種日	令和 年 月 日	※2回目接種から5カ月経過し、 一般の方は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
------	-----	------	-----	------	-----

## 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。