

新型コロナウイルスワクチン追加接種予約申込書

FAX 0566-75-7516

郵送

〒446-0037

安城市相生町14番14号 三河安城クリニック

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送でお送りください。

予約を希望する 接種回数	3回目・4回目・5回目・6回目・7回目	接種券の有無	有・無
前回接種日	令和 年 月 日 ※前回接種日から3カ月経過した方が対象です。	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 12~64歳の一般 <input type="checkbox"/> 12~64歳の基礎疾患等ハイリスク者 <input type="checkbox"/> 医療従事者・高齢者施設等従業者	

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 氏名	<input type="text"/>	生年月日	昭和・平成 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) - -

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）
受付時間の指定はできません。

第1希望	月 日	第2希望	月 日	いつでもよい	
------	-----	------	-----	--------	--

御注意

- 今回のワクチンはファイザー社製です。
- 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。
お日にちに余裕をもってお申し込みください。