

岩手県立療育センター

FAX

新型コロナワクチン接種申込（FAX）用紙

019-697-3900

■ 新型コロナワクチン接種（ 回目）を申し込みます。		申込日	
		令和 年 月 日	
氏名（被接種者）	フリガナ		
	男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
接種券番号			
住民票に記載の住所	〒		

いずれかに○を記入ください。

現在、医師の治療（診察や投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ
その医師に、この予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい	いいえ

ご連絡先	氏名	
	被接種者との続柄	☐ 本人 ☐ 同居の親族（ ） ☐ その他（ ）
	電話番号	
	携帯電話番号	

接種希望日（A・B・C いずれかに○を記入ください。）

	日時	前回接種日	申込締切日
A	令和5年11月13日（月）15時～	令和 年 月 日	令和5年10月31日（火）15時
B	令和5年11月20日（月）15時～	令和 年 月 日	令和5年11月7日（火）15時
C	令和5年11月27日（月）15時～	令和 年 月 日	令和5年11月14日（火）15時

申込受付後、各申込締切日の翌週までに当センターよりご連絡を差し上げます。

各申込締切日の翌週を経過しても連絡がない場合はお問い合わせください。

（お問い合わせ先電話番号 019-601-2777）

--