

FAX送信または外来受付へご持参ください。

岩手県立療育センター

FAX

生後6か月以上4歳以下対象
新型コロナワクチン接種申込（FAX）用紙

019-697-3900

申込日	令和 年 月 日
■ 接種を希望される方は、1または2に○を記入してください。	
1	初回接種（1～3回目）を申し込みます。※初回接種は3回セットになります。
2	（ 回目）の接種を申し込みます。※（ ）内には今回希望する接種回数を記入して下さい。
氏名（被接種者）	フリガナ 男 ・ 女
生年月日	平成・令和 年 月 日（ 歳）
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

- 初回接種（1～3回目）を希望される方は、F・G・H全てに○を記入ください。前回接種日は記入不要。
- 初回接種1回目または2回目までお済の方で、今回初回接種の2回目または3回目を希望される方は、F・G・Hいずれかに○を記入し、前回接種日も記入して下さい。
- 追加接種を希望される方は、F・G・Hいずれかに○を記入し、前回接種日も記入して下さい。

	日時	前回接種日	申込締切日
F	初回接種1回目または追加接種 令和5年12月18日（月）15時～	令和 年 月 日	令和5年11月22日（水）15時
G	初回接種2回目または追加接種 令和6年 1月22日（月）15時～	令和 年 月 日	
H	初回接種3回目または追加接種 令和6年 3月18日（月）15時～	令和 年 月 日	

申込受付後、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。
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）