足立区コロナワクチン予約・相談ヘルプデスク　宛 FAX：03-3880-5453

新型コロナウイルスワクチン追加接種予約依頼書

※聴覚障がい者の方限定
※初回接種をご希望の方は、接種を希望する医療機関へ直接ご確認・ご相談をお願いします。

ご記入いただいた情報から接種会場の候補をFAXにてお伝えします。

（注）申込状況により、ご希望に沿えない場合もございます。

接種予約希望者の予約受付番号（１０桁）									

※送付の接種券に印字しています。

生年月日	年　　月　　日生

※送付の接種券右下に印字しています。

FAX番号	（　　）

★接種ご予約希望時間帯を第3希望(必須)までご記入下さい。

第１希望	（例：7月12日（火）10：00～17：00）
月　日（　）	：　～　：

第２希望	（例：7月13日（水）13：00～17：00）
月　日（　）	：　～　：

第３希望	（例：7月14日（木）10：00～12：00）
月　日（　）	：　～　：

★使用するワクチンについて該当するものに一つ☑チェックをしてください。

※使用するワクチンは、前回接種したワクチンの種類に関わらず、
ファイザー社製またはモデルナ社製のワクチンを使用します。

□ファイザー・モデルナどちらでもよい
□ファイザー（空いていなければモデルナでもよい）
□モデルナ（空いていなければファイザーでもよい）
□ファイザーのみ希望
□モデルナのみ希望