

新型コロナウイルスワクチン1・2回目接種予約依頼書

(聴覚障がい者の方限定)

本FAXにていただく情報から接種会場の候補をお伝えします。

(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: 2月8日 (火) 10:00~17:00、など)	
1回目	月 日 ()	: ~ :
2回目	月 日 ()	: ~ :

	第2希望 (例: 2月9日 (火) 13:00~17:00、など)	
1回目	月 日 ()	: ~ :
2回目	月 日 ()	: ~ :

	第3希望 (例: 2月10日 (火) 10:00~12:00、など)	
1回目	月 日 ()	: ~ :
2回目	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。

- 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

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