

# 新型コロナウイルスワクチン 3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)
月 日 ( )	: ~ :

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

第3希望	(例: 2月10日 (火) 10:00~12:00、など)
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。

※3回目に使用するワクチンは、1・2回目に接種したワクチンの種類に関わらず、ファイザー社またはモデルナ社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

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