

高砂市新型コロナワクチン予防接種申込書

FAX送信票(079-443-5991)

聴覚に障がいのある方など電話対応が難しい方用

以下項目は、全て必須項目ですので記入してください。

FAX送信日 令和 年 月 日

氏名										
住所										
生年月日	(西暦)	年	月	日						
連絡先	TEL									
	FAX									
接種券番号(10桁)										
1回目接種希望日 ※接種券に同封の 集団接種スケ ジュールをご覧 ください。	第1希望日	月	日	接種会場(どちらかに○) ・市民病院 ・総合体育館						
	第2希望日	月	日	接種会場(どちらかに○) ・市民病院 ・総合体育館						
	第3希望日	月	日	接種会場(どちらかに○) ・市民病院 ・総合体育館						
	第4希望日	月	日	接種会場(どちらかに○) ・市民病院 ・総合体育館						
	第5希望日	月	日	接種会場(どちらかに○) ・市民病院 ・総合体育館						

※時間は指定できません。時間を含め予約の可否について、FAXで返信します。

※FAXでの予約は、受付日(着信日)の翌日以降の開庁日に予約代行を行います。

※希望日が定員に達している場合、予約受付できません。また、いずれの希望日も予約が取れない場合、本市において任意の日時・会場を予約する場合がありますので、ご了承ください。

市記載欄(記載不要)

予約日時	1回目	月	日	時	分
	2回目	月	日	時	分
会場	市民病院 ・ 総合体育館				
受付者	備考				