

新型コロナワクチン 補充接種者登録票 (※コピー可)

接種希望者 氏名: _____

生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)

電話番号: _____

住所: _____

接種券の有無: _____ 有 _____ ・ _____ 無 _____

※接種券のない方は後日 届き次第必ずご持参ください。

日中 連絡する際ご都合のいい曜日と時間

月(_____ 時～ _____ 時) 火(_____ 時～ _____ 時)

木(_____ 時～ _____ 時) 金(_____ 時～ _____ 時) 土(_____ 時～ _____ 時)

接種にて来院される際にご都合のいい曜日と時間

《接種受付時間》

月 火 木 金 : 9:30～11:40 15:00～17:40

土: 9:30～11:40

月(_____ 時～ _____ 時) 火(_____ 時～ _____ 時)

木(_____ 時～ _____ 時) 金(_____ 時～ _____ 時) 土(_____ 時～ _____ 時)

※ご家族による代理提出も可能ですが、ご連絡先はご本人のものを記載してください。

※提出の際、ご本人確認ができる身分証明証(未成年の場合は保護者の方のもの)のコピーを取らせていただきます。

※個人情報厳重に管理いたします。また不要になり次第、当院にて責任を持って破棄いたします。