

# コロナワクチン接種予約申込書

千歳市新型コロナウイルスワクチン接種対策室

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

接種券番号 \_\_\_\_\_

## 1. 希望医療機関、集団接種会場（第4希望まで記載してください）

第1希望 \_\_\_\_\_ 第2希望 \_\_\_\_\_

第3希望 \_\_\_\_\_ 第4希望 \_\_\_\_\_

どこでもよい（にチェックをつけてください） \_\_\_\_\_

## 2. 接種希望日（第5希望まで記載してください）

1回目接種希望日と2回目接種希望日（3週間後の同じ曜日）を記載してください

第1希望 ・ 1回目 月 日（午前・午後）・2回目 月 日（午前・午後）

第2希望 ・ 1回目 月 日（午前・午後）・2回目 月 日（午前・午後）

第3希望 ・ 1回目 月 日（午前・午後）・2回目 月 日（午前・午後）

第4希望 ・ 1回目 月 日（午前・午後）・2回目 月 日（午前・午後）

第5希望 ・ 1回目 月 日（午前・午後）・2回目 月 日（午前・午後）

予約確定後、千歳市から FAX を送信します。なお、予約が殺到した場合は予約を取れない場合もありますので、ご了承ください。

千歳市新型コロナウイルスワクチン接種担当から折り返し連絡があるまでお待ちください。

千歳市新型コロナウイルスワクチン接種対策室

**FAX 番号 0123-24-8418**