

FAX 番号 0155-25-7445

帯広市新型コロナワクチンコールセンター 行

新型コロナワクチン接種予約申込書

(聴覚や発語に障害がある方など、電話でのご予約が難しい方専用)

※下記枠内をお書きください。

ふりがな 氏名		せいねんがっぴ 生年月日	たいしやう 大正	しやうわ 昭和	へいせい 平成
ばんごう FAX番号					
せつしゅけんばんごう 接種券番号	※接種券の右上にある 10桁の番号をお書きください。				
きぼうせつしゅ 希望接種 いりやうきかん 医療機関	※希望する医療機関を3つまでお書きください。 この FAX で予約ができるのは、コールセンターで予約ができる A グループの医療機関等です。 B グループで接種を希望する場合は、直接医療機関に連絡が必要です。 自身で連絡が難しい場合は、市役所窓口にご相談ください。				
	だい きぼう 第1希望	だい きぼう 第2希望	だい きぼう 第3希望		
かいめ 1回目の きぼうにちじ 希望日時	※次のいずれかを○で囲んでください。 希望する日にちがある場合は、3つ希望日をお書きください。 いつでもよい ・ 下記のいずれかを希望する				
	だい きぼう 第1希望	だい きぼう 第2希望	だい きぼう 第3希望		
	がっ 月 にち 日 ()	がっ 月 にち 日 ()	がっ 月 にち 日 ()		
接種希望日の直前の申し込みの場合、予約できないことがあります。1週間以上先の日にちなど 余裕をもった日程をお書きください。					

接種予約内容連絡先 (郵送希望の場合)

じゆうしょ 住所	〒
-------------	---

※2回目の接種日は、1回目の接種日から3週間後の同じ曜日の日で予約します。

予約の結果は、FAX をいただいた日の翌日 (土日祝日の場合は翌平日) までに、

書いていただいた FAX番号に返信します。

帯広市健康推進課担当