

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		せいねんがっぴ	へいせい		
しめい 氏名		生年月日	平成	ねん	がっ
ばんごう FAX番号			年	月	にち
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。				
	0	0	0		
きぼう 希望	※希望する医療機関を3つまでお書きください。				
いりょうきかん 医療機関	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医療機関のみです。 帯広協会病院で接種を希望する場合は、直接医療機関にご連絡をお願いします。 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		
きぼうび 希望日	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	がっ 月	がっ 月	にち 日 ()	にち 日 ()
	1週間以上先の日にちをお書きください。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。				

予約内容の送付先 (郵送希望の場合のみお書きください)

じゅうしょ 住所	〒
-------------	---

※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、上記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