**新型コロナワクチン個別接種申込書**

　住所：〒　　 －　　 　　　　市　　　　　　町

　ふりがな

名　　前：　　　　　　　　　　　　 男・女

　生年月日 : 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　歳）

**日中連絡がとれる電話番号を必ずご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　-　　　　　　　　-　　　　　　　　　 |

1. **いつ個別接種を希望しますか？**

**□ 月曜日 ・ □ 火曜日 ・ □ 水曜日 ・ □ 金曜日　(午後6時30分～)**

**□ 土曜日（午前のみ）　　　□ 曜日指定なし**

**②****キャンセル者が出た場合に代替接種を希望しますか？**

**※　連絡後、１時間以内に当院へ来れる方に限ります。**

**□ 希望する　　　・　　　□ 希望しない**

**④　 2週間以内に他の予防接種を受けましたか □ はい　・　□いいえ**