

下記必要事項をご記入いただき、送信ください

番号のお間違えの無い
ようご注意ください小浜市 ワクチン接種予約用FAX番号
FAX 0770-64-5342

新型コロナウイルスワクチン予防接種申込み用紙

FAX送信日	令和	年	月	日
(カナ)				
ご氏名				
券番号				
ご住所				
生年月日	M T S H	年	月	日 () 歳
ご連絡先	電話番号			
	FAX番号			
今回のご予約は何回目の接種ですか (あてはまる方を○で囲んでください)	1回目 ・ 2回目			

希望日を3つお書きください。
ご希望に沿えない場合もございます。予めご了承ください。

希望する医療機関	
----------	--

接種希望日 回答例	1回目の接種の方はなるべくゆとりのある日程でお答えください 回答例1 6月以降ならいつでも良い。 回答例2 6/16以外ならいつでもいい 回答例3 毎週 月・水・金 ならいつでもよい 2回目の接種の方は1回目の3週間後以降の日付をご記入ください。
第1希望日	
第2希望日	
第3希望日	

※小浜市記入欄

	医療機関名	実施日	時	刻	備考欄
予約日等					

上記の医療機関、実施日、時間帯でご都合が悪い場合は、コールセンターまでお申し出ください。