新型コロナウイルスワクチン接種希望申請書

たつの市民病院（個別接種分）

|  |  |
| --- | --- |
| 診察券番号 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| ご住所 |  |
| 電話番号  （ご連絡がとれる番号） |  |
| 備考  （ご連絡先がご家族様の場合等） |  |

※応募多数の場合は、抽選とさせていただきますのでご了承ください。

※決定された方は6月２５日（金）までに郵送でご案内いたします。

なお、日時の変更はできませんのでご了承ください。