

受付番号.

当該記入箇所 接種設定日：令和4年 月 日 午前・午後

3回目新型コロナウイルスワクチン接種申込書

本紙の①から⑧迄をすべて記入してください。

- ① 申込受付日 令和4年 月 日
② 接種申込者お名前
③ 生年月日・年齢 S・H 年 月 日 歳
④ ご住所 〒 -
⑤ 連絡先の電話番号 () -
⑥ 新型コロナウイルス2回目(直近)接種日:令和 年 月 日
⑦ 当院の受診歴 有(精神科・内科・歯科) ・ 無
⑧ 接種ご希望日 令和4年 月 日 ・ 希望無

接種実施曜日及び時間:

Table with columns: 実施曜日, 月, 水, 金. Rows: 精神科ご通院の方, 上記以外の方.

接種場所：午前（内科外来）、午後（精神科外来）

- ※1 お申込み時に接種予定日を決めしお伝えいたします。
※2 接種日当日は下記受付票と必ず市町村から届いた予診票と予防接種済証をお持ちください。予診票と予防接種済証をお忘れの場合、接種できません。

受付登録

医療法人豊済会小曾根病院

Tel 06-6332-0135

切り取り線

受付番号.

Tel:06-6332-0135

Table with columns: 申込受付日, 接種設定枠. Rows: 令和4年 月 日, 令和4年 月 日 曜 午前・午後

接種日に持参して頂くもの:

接種日当日はこちらの受付票と必ず市町村から届いた予診票と予防接種済証をお持ちください。予診票と予防接種済証をお忘れの場合、接種できません。

接種実施曜日及び時間:

Table with columns: 実施曜日, 月, 水, 金. Rows: 精神科ご通院の方, 上記以外の方.

接種場所：午前（内科外来）、午後（精神科外来）