

聴覚障害者専用予約申込書（新型コロナウイルスワクチン接種）

令和 年 月 日

稲城市長宛

申請者 フリガナ 氏名 _____

住所 _____

稲城市において、予防接種を受けたいので、下記のとおり、予約を希望します。

被 接 種 者	フリガナ									
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ								
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒							
	FAX 番号									
	メールアドレス (接種日直前にお知らせが届きます)									
	生年月日			年			月			日
接種券番号 (10桁)										
希望日 希望会場	第一希望 希望日： 希望会場：			第二希望 希望日： 希望会場：			第三希望 希望日： 希望会場：			

この様式は、聴覚障害者専用となっております。

健常者の方は、ご利用いただけませんので、ご注意ください。