

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、新型コロナウイルスワクチンの追加接種（4回目接種）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 | | | |
| 接種券番号 (10桁) | | | | | | | | | | | | |
| 接種希望日 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。