

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	
	接種状況	<input type="checkbox"/> 2回目接種済	<input type="checkbox"/> 3回目接種済	<input type="checkbox"/> 4回目接種済			
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。