ワクチン接種を受けたい場所（どちらかに☑を入れる。）

□かかりつけの病院など　　（病院名を記入する→　　　　　　　　　　　　　　　　）

□集団予防接種会場

コロナワクチン接種予約票

私は，新型コロナワクチンの予防接種を受けたいので，次のとおり申し込みます。なお，私は聴覚に障害があるので，受付の可否をファックスにてお答えください。

申込日　　　　　年　　月　　日



------------　ここから下は，何も書かないでください。　------------

（医療機関 又は 土浦市コロナワクチン対策室使用欄）

（申込者にファックスで返信する際にご利用ください。）

　　　　　　　　　　　様

　　　　　年　　月　　日にお申込みいただいた，新型コロナワクチンの予防接種につきましては，

* お受付しました。【　　　月　　日（　　曜日）　　　　時　　分　】
* 予約に空きがないため，お受付できません。
* その他

受付機関名

受付者名