

FAX 送信表 (049-227-3880)  
 ≪聴覚障害の方用≫

【鶴ヶ島市】新型コロナワクチン接種の予約

|        |  |
|--------|--|
| お名前    |  |
| 接種券番号  |  |
| 生年月日   |  |
| ご住所    |  |
| FAX 番号 |  |

接種予約

|                 |   |
|-----------------|---|
| 接種施設<br>※どちらかに○ | 鶴ヶ島在宅医療診療所      ・      保健センター   |
| 予約希望日           | 第1希望：令和    年    月    日    時    分～    時    分<br>第2希望：令和    年    月    日    時    分～    時    分<br>第3希望：令和    年    月    日    時    分～    時    分 |
| ※記載例※           | 第1希望：令和3年6月13日 10時00分～11時30分<br>第2希望：令和3年6月14日 14時00分～16時00分  |

※希望日は、第1希望だけでも構いません。

※記載例のように、幅を持ってお時間をお書きください。その時間内で空きがあるところから予約します。

質問

|       |   |
|-------|---|
| 問合せ内容 | ※ご質問があればご記入ください。<br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------|---|