

個別接種希望の方は必ずご返信ください

個別接種申込書

各診療所での
小児（5～11歳）接種を希望する方

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れ、お申込みください。

接種券に同封しました返信用封筒をご使用ください

住所	日高町 番地		
ふり 氏 氏 かな 名		生年月日	
券番号	(10桁)		※送付しました接種券の中段氏名の上に記載している番号
電話番号 <small>必ず連絡の取れる番号</small>	【自宅】	【携帯】	
保護者の方	氏名		

Q1 接種希望日 第5希望までご記入ください ※出来るだけ多く選択してください	<input type="checkbox"/> いつでも良い (第 希望) <input type="checkbox"/> A日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> B日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> C日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> D日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> E日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> F日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> G日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> H日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> I日程 (第 希望) <input type="checkbox"/> J日程 (第 希望)
Q2 基礎疾患の有無 別紙の基礎疾患一覧表を確認ください。 小児の基礎疾患基準に該当する方は、 優先して予約を取らせて頂きます。 ※医師の診断書等の証明は必要ありません	<input type="checkbox"/> 小児の基礎疾患基準に該当する <input type="checkbox"/> 小児の基礎疾患基準に該当しない 基礎疾患基準の該当する番号（別紙） 〔 〕 複数可 _____
Q3 同日に接種を希望する兄弟・ 姉妹はいますか。	いる場合の相手方の氏名 〔 〕 ※いる場合は同じ返信封筒へ封入して下さい

- ①接種日まで、接種日時を決定し、電話連絡及び『決定通知書』を送付します。
- ②申込多数の場合は、抽選で決めさせていただきます。ただし、基礎疾患基準に該当する方は優先して予約を入れさせていただきます。