

新型コロナワクチン接種予約申込書

氏名 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

接種券番号 _____

接種ご希望日 (時間は指定できません)

第一希望 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 午前 ・ 午後

第二希望 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 午前 ・ 午後

第三希望 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 午前 ・ 午後

※予約が決定しましたら、予約された媒体にて連絡致します。

浅井外科 FAX番号 052-441-8099

※個人情報が含まれ個人情報が含まれますのでおかけ間違いのないようお願い致します