

【返信用封筒はこの申請書の返信用にご利用ください。その他のものは同封しないでください。】



## 令和 5 年秋開始接種

# 乳幼児（生後 6 か月～4 歳）接種希望者登録 申請書

オミクロン株(XBB.1.5)対応 1 価ワクチンによる乳幼児追加接種を希望される方は、  
本申請書に必要事項をご記入いただき、同封の返信用封筒または FAX(0265-78-5778)  
にてお送りください。

申請いただいた方には、はがきにて接種日時をご案内いたします。\*

※医療機関との調整の都合上、はがきの発送まで最大 3 週間程度お待ちいただく場合がございます。

下記に必要事項をお書きください。

(1) 接種を希望される方の氏名 \_\_\_\_\_

(2) 接種を希望される方の氏名(フリガナ) \_\_\_\_\_

(3) 接種を希望される方の生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(4) 電話番号\* \_\_\_\_\_

※日中つながる電話番号を記入してください。

(5) 接種券番号(10 桁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(6) 接種会場 (以下の接種会場と接種予定をご確認いただき、右側の空欄に○をお書きください。)

記号	医療機関名	所在地	接種予定	こちらに○↓
ア	田中病院	伊那市下新田 3193	木曜日(午後 2 時ごろ)	

※ご案内した日時で都合がつかない場合は、伊那市ワクチンコールセンター(0570-026-580)へキャンセルのご連絡をお願いいたします。