

インターネットや電話による新型コロナウイルスワクチン接種予約が困難と考えられる聴覚言語障害者の方については、以下の内容をご記入いただき、聴言センターへお知らせください。

ファックス 052-413-5853 ※番号のおかけ間違いのないようご注意ください

e-mail chogen@meishinren.or.jp

1 希望する対応（○で囲ってください）

新規予約 ・ 既存予約の変更キャンセル ・ その他

（その他の場合、具体的な内容）

2 何回目の接種ですか（○で囲ってください）

1回目 ・ 2回目

（2回目の場合、前回の内容）

・ 接種日時 _____

・ 接種会場 _____

・ ワクチンの種類 ファイザー ・ モデルナ

3 クーポン券番号

4 名前（フリガナもご記入ください）

（フリガナ） _____

（漢字） _____

5 生年月日

6 ファックス または 電話番号

7 メールアドレス

8 住所

9 接種を希望する会場

(第1希望) _____

(第2希望) _____

(第3希望) _____

10 1回目の接種希望日及び時間帯

※集団接種会場は3週間後に2回目接種

※大規模接種会場は4週間後に2回目接種

(第1希望) _____

(第2希望) _____

(第3希望) _____

記入は以上です。ご協力ありがとうございました。