

F A X 送 信 票 (予 約 申 込)

※聴覚に障害のある方を対象に、F A Xによる予約のお申込みを受け付けています。
接種券の到着後、予約のお申込みが可能となります。
(その他の方はF A Xによる予約のお申し込みはできません)



「聴覚の障害のため、ファクシミリを利用する必要がある。」

←該当する方はチェックを入れてください

送 信 先

「世田谷区新型コロナワクチンコール」行

F A X 番 号 : 03-5687-2020 (電 話 : 0120-136-652)

| | | | |
|-----|-------|------|----------|
| 送信日 | 年 月 日 | 送信枚数 | 枚 (本紙含む) |
|-----|-------|------|----------|

| | | | |
|-------------|--|--------------|--|
| ① F A X 番 号 | | ② その他 連絡先 | |
|-------------|--|--------------|--|

※受付結果について折り返しご連絡させていただきますので、①②それぞれ必ずご記載ください。

② 予 約 情 報

○次回の接種 ※該当する接種回数を記入してください。

() 回目接種

○接種券番号 (10桁)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

○氏名 () ○生年月日 年 月 日

○希望日

月 日 (午前 ・ 午後) ※希望時間帯がある場合 時 ~ 時

○希望会場

実施日・実施会場はホームページ(ページ番号: 193281)にてご確認ください。

受付の結果はF A Xでご回答します。ご回答した日以外に接種会場に来場されても、接種を受けることはできませんので、ご注意ください。