

F A X 送 信 票 (問 い 合 わ せ)

※聴覚に障害のある方を対象に、F A Xによる問い合わせ、予約変更、キャンセルを受け付けています。(その他の方はF A Xによる問い合わせ等はできません)



「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。

③ 問 い 合 わ せ 内 容

○接種券再発行

- ・氏名 (_____) ・フリガナ (_____)
- ・生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・住所 (世田谷区 _____)
- ・再発行理由
転入 ・ 接種券紛失、滅失、破損 ・ 接種券が届かない
その他 (_____)

○予約変更・キャンセル ※どちらか該当に○をつけてください。

- ・接種券番号 (10桁) _____
- ・氏名 (_____) ・生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・現在の予約内容 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
会場 _____

※変更の場合

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

○相談・その他

お問い合わせいただいた情報は、本業務以外の目的で利用することはありません。また、個人情報は世田谷区個人情報保護条例に基づき厳重に保護・管理されます。