新型コロナワクチン訪問接種利用申込書（12～17歳用）

令和　　年　　月　　日

岡垣町長

 申請者　氏名

 住所

 電話番号

 接種を受ける人との続柄　□同居の家族

　　　　　　　　　　　　□その他（ 　 　　　）

以下のとおり、ワクチンの訪問接種を利用したいので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　　　名 |  |
| 住 所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者と同じ |
| 生 年 月 日 | 平成　　　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 接種券番号（10桁） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用要件※１・２の両方に該当する人が対象です（該当項目に☑） | １ | 疾患などがあり集団接種会場へ行けない疾患名など（　　　　　　　　　　　　　） | □はい □いいえ |
| ２ | 訪問接種を受けることについてかかりつけ医の了解をとっている | □はい　□いいえ |
| 都合が合わない日程に（×）を記入**17時～20時のうち30～45分程度を想定** | ① | ４月１７日（日） | （　　） |
| ② | ５月　８日（日） | （　　） |
| 家族の同時接種（追加接種）の希望 | □あり（　　　名）　□なし※接種するワクチンはファイザーです |
| その他確認事項 | 来客用駐車スペースの有無（　有　・　無　）特に配慮が必要な事項（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　） |

提出先：〒８１１－４２３３　岡垣町野間１丁目１番１号

岡垣町健康づくり課　ワクチン接種対策係

ＦＡＸ・２８２－０２７７