

オミクロン株対応ワクチン接種申込書

(院内の予約箱投函専用)

沼田クリニック行

※1階レジ横または玄関の専用箱に投函してください

＜太枠の中をご記入ください＞		申込日	令和4年	月	日
沼田クリニック 診察券番号		← わからない場合は記入不要です			
フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏 名					
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 歳)				
住 所					
電話番号	— —		携帯番号	— —	
新型コロナ ワクチン	今までの接種回数		前回の接種日		
	回		年 月 日		
【予約希望について】 (該当の項目に「○」を付けて下さい)					
ご希望の曜日					
【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝 ・ 特になし 】					
ご希望の時間帯					
月～土曜日 【 17:45 ・ 18:00 ・ 18:15 ・ 18:30 ・ 何時でも可 】					
日曜・祝日					
9:00 ・ 9:15 ・ 9:30 ・ 9:45 ・ 10:00 ・ 10:15 10:30 ・ 10:45 ・ 11:00 ・ 11:15 ・ 11:30 ・ 何時でも可					

以下の欄は沼田クリニックで使いますのでご記入は不要です。

接種日時	回目	月	日 ()	時	分
備考欄					

※ 上記接種時間の15分前から受付開始となります。

- ※ 持ち物 ① 接種券一体型予診票 (または接種券 (兼) 接種済証及び予診票)
② 予防接種済証 (接種券一体型予診票に同封されているもの)
③ 本人確認書類 (運転免許証または健康保険証)

※ 予約は、原則次の番号から発信します : 090-2421-0578 または 070-4112-5702

社会医療法人輝城会 沼田クリニック