

(院内の予約箱投函専用)

沼田クリニック 新型コロナワクチン接種申込書

【令和6年度接種】

沼田クリニック行

※1階レジ横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〉

↓接種を受ける方↓

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------|--------|-----|-------|
| 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 | - | - |
| 【予約希望について】 (希望日に「○」を付けて下さい) | | | | | |
| 10月 | 20日(日) | | | | |
| 11月 | 3日(日) | 6日(水) | 10日(日) | | |
| | 17日(日) | 20日(水) | 23日(土) | | |
| | 27日(水) | | | | |
| 接種時間 | 日・祝 9:00 ~ 11:00 平日 15:00 ~ 17:00 | | | | |

以下の欄は沼田クリニックで使用しますのでご記入は不要です。

| | | | | |
|------|---|------|---|---|
| 接種日時 | 月 | 日() | 時 | 分 |
|------|---|------|---|---|

※ 受付は上記接種時間の15分前までにお済ませください。

※ 持ち物 ① 接種券付き予診票

② 健康保険証またはマイナンバーカード

③ お薬手帳(お持ちの方)

※ 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