

1回目	/	( )	:
2回目	/	( )	:

これより上は記入しないでください。

FAX 029-353-2662

那珂キッズクリニック小児科行

## 新型コロナウイルスワクチン接種申込書

(那珂市 12～19 歳・那珂市 20 歳以上・那珂市外 12～19 歳)

当てはまるものを○で囲んでください

保護者 <sup>フリガナ</sup> 氏名 \_\_\_\_\_

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡先 電話番号(必須) \_\_\_\_\_

※日中必ず連絡が取れる連絡先をご記入ください。

住所 那珂市 \_\_\_\_\_

メールアドレス(任意) \_\_\_\_\_

### 【接種者】

フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日( 歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日( 歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日( 歳)
診察券番号		備考				
フリガナ 氏名	-----	生年月日	平成	年	月	日( 歳)
診察券番号		備考				