


送信先 F A X 2 2 6 - 9 9 8 2 (長野市保健所健康課)

これは、3回目のワクチン【集団接種】を予約するためのFAX用紙です。  
集団接種会場の日程を見て、都合のつく期日と場所を選んでください。

※個別接種の予約には使えません

(集団接種：3回目) 予約専用 F A X / 聴覚・言語障害者用

令和 年 月 日

|  |   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
|--|---|------------------------------------|--|---|--|--|---|--|---|--|
| 券番号  | ※予診票右上の接種券部分を見てください。名前の上にある10ケタの番号です。   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
|  |   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
| 氏名   |   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
| 生年月日   | T・S・H                                   |                                    |  | 年 |  |  | 月 |  | 日 |  |
| F A X  |   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
| 希望する日  | 第1希望                                    | 月 日 ( ) 午前・午後・どちらでもよい<br>※土曜日は午後のみ |  |   |  |  |   |  |   |  |
|  |   | 接種会場：                              |  |   |  |  |   |  |   |  |
|  | 第2希望                                    | 月 日 ( ) 午前・午後・どちらでもよい<br>※土曜日は午後のみ |  |   |  |  |   |  |   |  |
|  |   | 接種会場：                              |  |   |  |  |   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> いつでもいい<br> 接種会場： |   |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |
| 通訳が必要な方は○  | 手話通訳 ・ 要約筆記<br>(ここに○をした場合は、市が通訳者を手配します) |                                    |  |   |  |  |   |  |   |  |

予約申込みの結果は、後日FAXでお知らせします。