

令和 年 月 日

# 予約申込票

(ここには何も記入しないでください。)

接種券番号	(接種券の右上にある番号を記入)	名前	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	FAX番号

1. 希望する医療機関名を書いてください。

第1希望

第2希望

第3希望

第4希望

2. 希望するすべての曜日に☑をしてください。

月曜日	火曜日	水曜日
木曜日	金曜日	
土曜日	日曜日	

3. 希望するすべての時間に☑をしてください。

接種にかかる時間は、30分～45分程度です。

午前

午後

4. 自由記載欄

【具体的な希望があれば書いてください。】

5. 接種当日、手話通訳者は必要ですか。

(必要と回答いただいた場合は、市が手話通訳者を手配します。)

必要

不要 (自分で手配する又は筆談ができるため)

相模原市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

FAX番号 : 042 - 740 - 1020

電話番号 : 042 - 767 - 2101