新型コロナウイルスワクチン接種希望申込書（ファイザー）

当院での仮予約が済んで日時をお伝えした方のみご記載ください。

仮予約から 3 日以内にご提出ください。下記をご記載いただき、受理された時点で申し込み確定となります。仮予約から 3 日を過ぎた場合、自動的に仮予約をキャンセルさせていただきます。

ワクチンの性質上、日程の変更はできません。また当日のキャンセルや遅刻はご遠慮ください。さらに、到着するワクチンの量などが直前までわからないことがあるため、予定の変更をお願いする場合もありますのでご了承ください。

なお当院で扱うワクチンはファイザー社製のもののため、2 回目の接種は 1 回目の接種の 3 週間後の同曜日となります。こちらも変更はできませんので、ご了承ください。

下記にご同意いただける場合はチェックをして、必要事項をご記入ください。 1 箇所でもチェックがない場合は受理できませんのでご了承ください。

私は、

☐ 上記内容に同意しました
☐ 接種券が届いています
☐ 他のワクチン接種と 2 週間以上の間隔があいています
☐ 初めて本ワクチンを接種します、あるいは本ワクチンをこれまでに接種したことがある場合、接種して問題がありませんでした
☐ 他の機関などで新型コロナウイルスワクチンの予約をしていませんし、よこはま発達クリニックでの申込後にも予約いたしません

接種希望者の氏名（漢字） （ふりがな）	
仮予約の日時	20　　年　　月　　日　　時　　分
性別	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
年齢	歳
緊急連絡先電話番号	
メールアドレス （@ypdc.net からメールが届きます）	@
郵便番号	
住所	
券番号（10 桁の数字）	
優先接種の有無	優先接種　　☐あり　　☐なし ありの場合はその概要（　　）
その他 基礎疾患のある方はその概要もご記入ください	