

白井市コロナワクチンもったいないバンク申込書

令和 年 月 日

下記のとおり、白井市コロナワクチンもったいないバンクに申し込みます。

ふりがな		生年 月日	□大正 □昭和 □平成 □令和		
氏名			年	月	日
住所	白井市				
前回 接種日	()回目 令和 年 月 日	接種券番号 10ケタの番号	55		
電話番号	日中連絡が付き電話番号		代理申請の場合 申請者の氏名		
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> 市からの連絡後、1～2時間程度で接種をお願いする場合があります。 医療機関へはご自身で行っていただきます。ワクチンメーカーや接種医療機関は選べません。 16歳未満の方は原則保護者同伴が必要となります。 市からの電話に出られない場合、次の優先順位の方にご連絡します。 不在着信の折り返しをいただいてもご案内できない場合があります。 必ずご案内できる確約はございませんので、予約をしてください。 キャンセル枠で接種することになった場合は、来院時スムーズに接種が進められるよう、事前に市から被接種者のお名前等を医療機関に伝えます。 1回目をキャンセル枠で接種しますと、2回目の予約もキャンセルされますので、再予約をする必要があります。 登録後、転出等により接種当日に住民でなくなった方は白井市コロナワクチンもったいないバンクの対象外です。 				
同意欄	上記確認事項に同意します。 <input type="checkbox"/> (チェック欄にシ点)				

※収集した個人情報には新型コロナワクチン接種の目的以外に使用することはありません。

【提出先】

(郵送・窓口)

〒270-1492 白井市復 1123 保健福祉センター3階 健康課 新型コロナワクチン担当

(メール)

v-shiroi3@city.shiroi.chiba.jp 件名「白井市コロナワクチンもったいないバンク申込み」

受付
: