

R7年コロナワクチン・インフルエンザワクチン接種希望者リスト

リスト① 患者様用

貴施設名

TEL - -

FAX - -

ご担当者名

ご返信日：R7. . .

No.	コロナ (○)	インフル (○)	フリガナ 氏名	生年月日 (和暦)	年齢	生活保護 (○)	住民票と 一致する 市町村	限度額 認定証 の有無	インフル 実施日	コロナ 実施日
1				. .				有・無	/	/
2				. .				有・無	/	/
3				. .				有・無	/	/
4				. .				有・無	/	/
5				. .				有・無	/	/
6				. .				有・無	/	/
7				. .				有・無	/	/
8				. .				有・無	/	/
9				. .				有・無	/	/
10				. .				有・無	/	/
11				. .				有・無	/	/
12				. .				有・無	/	/
13				. .				有・無	/	/
14				. .				有・無	/	/
15				. .				有・無	/	/

施設様からの連絡事項

日程調整で接種ができない日があればお知らせください

- *市町村の記載は住民票のご住所を確認して記載をお願い致します
- *生活保護の方で65歳未満の方は任意接種となります
- *氏名/フリガナの記載を正確をお願い致します（カルテ照合のため）
- *コロナワクチンのヌバキソビットをご希望の方は◎で記載してください

【連絡先・担当窓口】 担当院へご連絡ください

接種希望者が15名以上になる場合は、こちらの表をコピーしてご使用ください。ご協力お願い致します

*** 接種当日は一つのフロアにお集まりいただき、接種がスムーズに行えるようにご協力お願い致します。**