

大阪市新型コロナワクチンコールセンター FAX予約申込書

聴覚に障がいのある方をはじめ、電話でのご予約が難しい方専用の用紙となります。

電話でのご予約が可能な方は、ご使用いただけませんので、ご了承ください。

ご記入後、コールセンター(FAX番号:0570-056769)までご送付ください。

接種者氏名 ※必須	代理でお申し込みされる場合 代理人氏名() ご本人様との続き柄()
接種者氏名 カナ ※必須	
生年月日(西暦) ※必須	年 月 日
住民票登録住所 ※必須	
接種券番 ※必須	_ _ _ _ _ ※郵送された接種券に記載された10桁の番号を記入してください
接種回数 ※必須	<input type="checkbox"/> 接種1回目 <input type="checkbox"/> 接種2回目
FAX番号 ※必須	
電話での連絡可否	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可能 (電話番号: - -) ※電話での連絡が可能なご家族等がおられる場合はお電話番号をご記入ください。
ご希望の 集団接種会場	_____ 区 (会場名)_____。 ※ご記入がない場合は住民票住所の区が設置している会場により受付いたします。

下記、記入例にそって予約日時をご記入ください。
 ※予約状況により、予約日時のご希望に添えない場合がございますので予めご了承ください。
 ※接種希望日の前後2週間以内に他の予防接種は受けられません。他の予防接種を受ける予定がないかご確認ください。

※「予約完了のお知らせ」はFAXでお知らせいたします。
 ※手話通訳者の手配を希望する場合は☑をお願いします。

手話通訳者の手配を希望する。(費用は無料です。)

※手話通訳者の手配を希望される方は、手配の関係上、1週間程度先の日程をご指定ください。

希望日時	午前 (9時から12時)	午後 (12時から16時)
★記入例★ 希望日時 5 月 28 日	10 時台	15 時台
第1希望日時 月 日	時台	時台
第2希望日時 月 日	時台	時台
第3希望日時 月 日	時台	時台
第4希望日時 月 日	時台	時台
第5希望日時 月 日	時台	時台