

FAX : 011-758-8082

※お申込は FAX でお願いいたします。

西暦 年 月 日

## 新型コロナウイルスワクチン接種 キャンセル待ち申込書

フリガナ		男・女 様
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日(満 才)	
住所		
電話番号		

※電話番号はすぐ連絡の取れる番号でお願いいたします。

◆以下の希望接種曜日・時間に○を付けてください。(複数選択可)

曜日	月	火	水	木	金	土
時間	18 : 30	18 : 30	18 : 30	12 : 30	18 : 30	12 : 30

### 《注意事項》

ワクチンのキャンセルは、当日に急遽発生するため、事前には分かりかねますのでご了承ください。

キャンセル発生時には、クリニックより連絡がきてから約 30 分前後にご来院できる方をお願いいたします。

連絡時間の目安は上記希望時間の 30 分前となります。

