

(番号をよくお確かめのうえ、送信してください)

FAX 番号 : **03-3542-9744**

東銀座 小川診療所  
新型コロナウイルスワクチン接種 FAX 申込表

記入日 : 2021 年 月 日

①必要事項をご記入ください。

接種券番号	
(ふりがな) 氏名	( ) [ 男・女 ]
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 中央区
電話番号	※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください — —
FAX 番号	— —

②接種を希望する曜日にチェックをつけてください (複数可)

月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日

③接種を希望する時間帯をご記入ください。

時 ~ 時

※この FAX では予約確定となりません。

ワクチン・予約枠の確保ができ次第、こちらからご予約確定のご連絡いたします。

※ご記入いただいた個人情報につきましては、目的以外の使用は致しません。

東銀座 小川診療所