

新型コロナウイルスワクチン申込書

まえだ耳鼻咽喉科

診察券番号	生年月日（西暦）		年	月	日
住民票住所	千葉市				
ふりがな	(せい)	(めい)	性別		
氏名	(姓)	(名)	男	女	
電話番号					

※ 接種資格は、千葉市に住民票のある方のみです

受領日	月	日	事務記入欄
-----	---	---	-------