

新 型 コ ロ ナ ウ イ ル ス ワ ク チ ン 接 種 申 込 書 (団体とりまとめ用)

国東市ホームページ等に記載の日程を参考に、ワクチン接種の希望日を第3希望まで書いて、メールかFAXで送ってください。

日程調整後、決まりましたら、折り返し代表者へお知らせいたします。

団 体 名	
ふりがな 代表者氏名	
代表者連絡先 (できれば携帯)	
申し込み日	令和3年 月 日

国東市新型コロナウイルスワクチン接種対策室 コールセンター

メールアドレス : coronataisaku@city.kunisaki.lg.jp

F A X 番 号 : 0 9 7 8 - 7 3 - 2 4 5 3

電 話 番 号 : 0 9 7 8 - 7 3 - 0 5 6 7

	接種券番号(10桁)	ふりがな 氏名	生年月日	住 所	電話番号 (できれば携帯)	接種希望場所を○で囲む	接種希望日		
							第1希望	第2希望	第3希望
1				国東市		国東市民病院 国見病院			
2				国東市		国東市民病院 国見病院			
3				国東市		国東市民病院 国見病院			
4				国東市		国東市民病院 国見病院			
5				国東市		国東市民病院 国見病院			
6				国東市		国東市民病院 国見病院			
7				国東市		国東市民病院 国見病院			
8				国東市		国東市民病院 国見病院			
9				国東市		国東市民病院 国見病院			
10				国東市		国東市民病院 国見病院			