

* クリニック記入欄 申込記入日 年 月 日

コロナワクチン接種申込書

ふりがな 名前	
生年月日（年齢）	西暦 年 月 日 （ 歳）
薬物アレルギーの有無	無 ・ 有 （ ）
日中必ず連絡が取れる連絡先	
本人以外の連絡先	
住所（熊本市以外の方は住民票の住所を記載）	
接種券番号	

キャンセルが出たら、即日接種を 希望する ・ 希望しない
(どちらかに○)

以下、クリニック記入欄

ワクチン接種日時

1回目	月 日 () 時 分
2回目	月 日 () 時 分