

FAX 022-721-0150

仙台市新型コロナウイルスワクチン接種専用コールセンター

仙台市新型コロナウイルスワクチン接種 集団接種予約票

- この用紙は聴覚に障害がある方、電話でのご予約が難しい方専用です。
- 予約が取れた接種日時・会場につきまして、FAXで返信します。
- ※ ご希望の日時・会場で予約が取れない場合もございます。

氏名・生年月日・返信先FAX番号		お手元の接種券に記載の内容を記入	
氏名		住民票のある市町村（接種券の「請求先」に記載の市町村名）	・仙台市 ・その他（ ） ※上のどちらかに○をつけてください。 「その他」の場合は市町村名を記載してください。
生年月日			券番号
FAX番号			

該当する項目の □に☑を入れて ください。	ワクチン接種の予約		その他
	1回目 □	2回目 □	問い合わせ □
		1回目の接種日	月 日

ワクチン接種の予約（15分単位で記入）				
第1希望	日時	月 日（ ）	午前・午後	時 分
	会場			
第2希望	日時	月 日（ ）	午前・午後	時 分
	会場			
第3希望	日時	月 日（ ）	午前・午後	時 分
	会場			

問い合わせ	問い合わせへの回答希望 (□に✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない