

# ※※※聴覚や言語に障がいのある方専用※※※

四日市市新型コロナウイルス感染症対策室 宛

FAX:059-327-5905

## 新型コロナワクチン 接種予約 FAX

接種券番号(お問い合わせ番号)

氏名(カナ)

姓:

名:

生年月日

西暦

年

月

日

性別

男

・

女

・

未設定

FAX番号

接種回数

1回目の予約希望日と会場を記入してください。

2回目は3週間後の同じ曜日に、同じ会場で予約します。

第一希望	日時	月 日 ( ) 午前・午後・希望なし
	会場	
第二希望	日時	月 日 ( ) 午前・午後・希望なし
	会場	
第三希望	日時	月 日 ( ) 午前・午後・希望なし
	会場	

手話通訳・要約筆記が必要な方は、  
障害福祉課へ派遣依頼をしてください。

### 障害者手帳貼付欄

※:聴覚障害・音声機能障害に係る手帳をお持ちの方が対象です

手帳の貼付がない場合は、予約はお取りできません