

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>医療従事者等新型コロナワクチン接種専用フォーム利用申請書</b> |
|-------------------------------------|

市川市疾病予防課新型コロナウイルス対策グループ あて

(FAX: 047-712-8710)

下記の項目にご記入いただき、FAX送信をお願いいたします。

申請をいただきましたら、専用フォームのURLおよびIDとパスワードをFAXにてお知らせいたしますので、追加接種の予約を専用フォームから申し込みください。

FAXに記入がない場合は郵送でお知らせいたします。

<事業所名等>

|       |                                                                                                                                                                                                                                |  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 事業所名  |                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 事業所種別 | 該当の事業所種別をチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 歯科診療所<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護事業所<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設<br><input type="checkbox"/> 介護事業所 |  |
| 所在地   | 〒                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 担当者   | 氏名                                                                                                                                                                                                                             |  |
|       | 電話番号                                                                                                                                                                                                                           |  |
|       | FAX番号                                                                                                                                                                                                                          |  |

※送付先の住所について、事業所への送付を希望されない場合は、下記にご記入ください。

|     |   |
|-----|---|
| 送付先 | 〒 |
|-----|---|

【お問合せ先及び提出先】

市川市 疾病予防課

新型コロナウイルス対策グループ

TEL:047-712-8564

FAX:047-712-8710