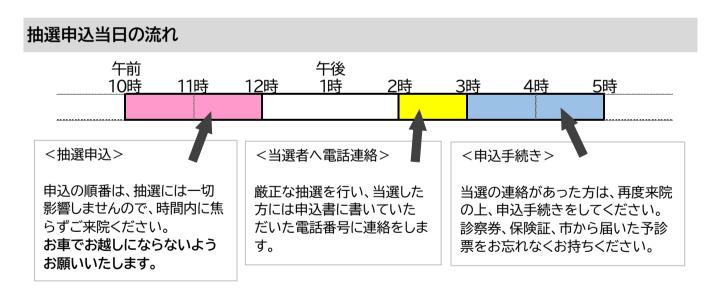
新型コロナワクチン接種抽選申込用紙						
ふりがな						
氏名						
生年月日		年	月	日	(歳)
当院の 診察券番号						
電話番号						

※このまま切り取らずにご提出ください。

当院での接種対象者(全ての条件を満たす方)

- ①横浜市在住の方
- ②横浜市より送付された接種券がお手元にある方
- ③当院に受診歴がある方
- ④1回目と2回目の両日程にお越しいただける方



注意事項

- ・患者さんの安全のため、抽選申込時に<u>お車でお越しにならないよう</u>お願いいたします。 公共交通機関をご利用いただくか、近隣のコインパーキングにお停めくださいますよう お願いいたします。
- ・重複して申し込みをされた場合は、無効となります。