

コロナワクチン接種予約票（聴覚に障害がある方用）

【接種券番号】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【生年月日】

西暦 年 月 日

【氏名（カナ）】

【FAX 番号】

【予約希望日時】

令和 年 月 日 時 分

【接種会場】
