

医療従事者・高齢者施設等の従事者における追加接種(4回目)接種券発送依頼名簿

送付先: 鳴門市健康増進課コロナワクチン担当  
 FAX: 088-602-7945  
 E-mail: kenko@city.naruto.i-tokushima.jp

医療機関名 施設名	
担当者:	
電 話:	FAX:
メールアドレス:	

※医療機関・施設へまとめて接種券の送付を希望する場合は送付先をご記入ください。

接種券送付先	送付先名称:	
	送付先住所:	〒

18歳以上60歳未満の医療従事者又は高齢者施設等の従事者で、接種を希望される方は下記の名簿に詳細をご記入ください。

※名簿記載にあたっては、本人・家族の同意・了承いただくよう御配慮ください。

※接種券の重複発行防止のため、基礎疾患等ですでに申請済みの方は控えてください。

↓速やかな発送にあたり、わかる範囲でご記入ください

No	氏 名	フリガナ	生年月日 (西暦)	住民票住所	3回目接種日 (西暦)	接種券番号	自宅送付希望
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							