

《新型コロナワクチン接種 抽選申込書》

申込み対象者 ※下記①②の両方を満たす方

- ① 65歳以上で市発送の接種券（クーポン券）をお持ちの方
- ② 当院に通院歴がある患者さま

「新型コロナワクチン個別接種のお知らせ」を確認し、
新型コロナワクチン接種の抽選を申し込みます。

記入日 年 月 日

診察券 番号	
カナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号	

※ 日中帯（9：00～17：00）に連絡のつく電話番号をご記入下さい。

（当選の連絡がつかなかった場合、キャンセル扱いとなりますので、
ご了承下さい）

※ 申込み締め切り日は令和3年6月12日（土）12：00 です。

※ お一人1枚のお申込みでお願いします。

※郵送の場合以下の宛先にお送りください

〒567-0085 茨木市彩都あさぎ7-2-18

彩都友誼会病院 ワクチン抽選担当