

《 新型コロナワクチン接種 予約申込書 》

○手話通訳者設置会場：①**城見ホール（ファイザー）【中央区】**

JR「大阪城公園」駅・長堀鶴見緑地線「OBP」駅徒歩5分

JR・京阪「京橋」駅徒歩10分

②**やすらぎ天空館（モデルナ）【阿倍野区】**

谷町線「阿倍野」駅徒歩3分、JR・御堂筋線「天王寺」駅徒歩10分

ふりがな									
接種者氏名	代理でお申込みされる場合：代理人氏名 () ご本人様との続柄 ()								
生年月日	西暦	年	月	日					
住所	大阪市								
FAX 番号									
メールアドレス									
接種券番号 (10桁)									
接種回数確認 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 接種3回目 (接種1, 2回目の方は予約不可)								
希望接種会場 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 城見ホール (ファイザー) <input type="checkbox"/> やすらぎ天空館 (モデルナ)								
接種希望日 希望日に○をつけて ください。(複数可)	2月17日(木)		2月19日(土)						
	2月24日(木)		2月26日(土)						
	3月3日(木)		3月5日(土)						

・下記、FAX 番号に FAX してください。

・FAX を送信後、日時の決定を当団体から FAX で連絡します。

・申込後3日経過しても当団体から FAX が届かない場合は、再度、予約申込の FAX をお送りください。

・予約後、キャンセルをする場合は必ず当団体まで連絡してください。

問合せ先：大阪市身体障害者団体協議会

FAX 番号 06-6765-7407