

新型コロナワクチン接種に関する自己申告
(妊娠中の方)

提出日 令和 年 月 日

宛先 富士見市長宛

提出者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 ()

下記のとおり、新型コロナワクチン接種に関する自己申告をします。

被 接 種 者	ふりがな		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 富士見市
	生 年 月 日		昭和 ・ 平成 年 月 日

健診先の医療機関 _____

※書面での自己申告は、予約可能になるまでお時間いただく場合があります。
ご了承ください。

問い合わせ・提出先
富士見市健康増進センター 新型コロナウィルスワクチン接種推進グループ
住所：富士見市大字鶴馬3351-2
電話：049-252-3771 FAX：049-255-3321