

# 乳幼児(生後6か月～4歳)用

## 上天草市新型コロナワクチン接種『希望調査票』

### 1 お子様の氏名・生年月日・住所・保護者連絡先をご記入ください。

ふりがな 氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)
住所	上天草市 町
保護者 連絡先	※日中、必ず連絡が取れる連絡先をお願いします。 — —

### 2 別紙の接種実施医療機関一覧の中から、接種を希望する医療機関を2つ選んでご記入ください。

※ 希望した医療機関の申込状況によっては、他の医療機関をご案内することもありますので、ご了承ください。

希望順位	接種希望医療機関名
第1希望	
第2希望	

※市外医療機関の場合は、別紙医療機関一覧から選択し、医療機関名をご記入ください。

市外医療機関名	
---------	--

※ 天草管内以外の医療機関で接種を希望する場合は、小児へのワクチン接種実施の有無を事前にご確認の上、ご自身での予約をお願いします。

※ 市外医療機関での接種希望の場合も、希望調査票の提出をお願いします。

※ 接種を希望されない場合には、ご提出不要です。