

## 60 歳以上の方へ

### 新型コロナワクチン（4回目）接種意向調査票

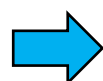
回答期限：6月24日（金）

氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
住所	福島町字	電話番号	固定電話：0139- -
			携帯電話： - -

**(1)4回目のワクチン接種を希望しますか。**（どちらかに○を記入）

希望する

希望しない

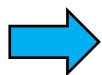


調査終了です



**(2)希望する接種方法を選んでください。**（どちらかに○を記入）

個別接種



希望する医療機関に○を記入

小笠原クリニック

やまゆりクリニック

町外病院等での接種を予定

※調査終了です

集団接種（総合体育館）



土・日曜日

**集団接種会場までの送迎を希望しますか。**（どちらかに○を記入）

希望する

希望しない

※集団接種をご希望の方で、会場までの移動手段のない方のみ送迎対応します。

- 意向調査は以上です。回答いただいた本用紙は、同封の返信用封筒（切手不要）に入れてポストに投函してください。
- ワクチンの供給状況や、期限までにご返送いただけなかった場合には、ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。