

回答期限：10月20日（金）

## R5秋開始の新型コロナワクチン接種意向調査票

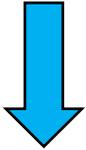
氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	福島町字	電話番号	固定電話：0139－ －
			携帯電話： －

### (1) 秋開始の新型コロナ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。

※接種を希望しない場合は、返信不要です。



### (2) 希望する個別接種場所を選んでください。 (どちらかに○を記入)

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。

- 意向調査は以上です。接種を希望する場合は、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。