

保健センター宛： FAX 0297-85-6901

【追加接種希望者名簿】

接種券番号（10桁）や予診票右上QRコード上に記載の6桁の数字が不明な時は現状では未記入で結構です。

医療機関名：	担当者：
電話番号：	

	接種者氏名	フリガナ	性別	接種者 生年月日	接種券番号 (10桁)	取手市内接 種希望	住民票に記載されて いる都道府県	予診票右上QRコード 上に記載の6桁 の数字	住民票に記載され ている市町村	住民票に記載されている町名・番地	3回目 接種日	携帯電話番号
	取手 太郎	トリデタ ロウ	男	1975/10/19		有	茨城県	82171	取手市	新町2-5-25	R3.4.1	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

記入例