

新型コロナウイルスワクチン接種「キャンセル待ち登録」申込書

送信先：医療法人敬愛会 中江病院 FAX：099-224-3122

下記のとおり「キャンセル待ち登録」に申し込みます。

1. 施設情報

施設名	
所在地	
担当者	
連絡先	

2. 登録者一覧

例	フリガナ 中江 太郎	生年月日	1982/8/25	電話番号		日中連絡がつく番号	
	氏名 中江 太郎	住所（住民票と同じ） 鹿児島市西千石町 4-13					
1	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					
2	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					
3	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					
4	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					
5	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					
6	フリガナ	生年月日	/ /	電話番号	-	-	
	氏名	住所（住民票と同じ） 鹿児島市					

※個人情報とは新型コロナウイルスワクチン接種の目的以外に使用することはありません。

※登録人数が多い場合はコピーしてご利用ください。