４回目接種申し込み用紙（新型コロナウイルスワクチン）

**※今回の申込対象者は、３回目接種を受けてから５か月以上経過した方のうち、**

**18歳～59歳で、医療従事者、高齢者施設等の従事者等の方です。**

申請者　氏名

住　　所　　〒０３９－１８０

新郷村大字　戸来・西越　字

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| ４回目接種の対象者となる理由 | □１８歳以上60歳未満の医療従事者である勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　□１８歳以上60歳未満の高齢者施設等の従事者である勤務先：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 接種会場の希望 | **新　郷　診　療　所　　　　・かかりつけ医など****8月６日（土）・８月27日(土)　　村外の医療機関****いずれも９時～１１時****（希望する日に〇をつけてください）** |