

＜新型コロナワクチンの接種予約＞

予約：電話予約（245-6001）、FAX（247-1338）、郵送（泉3丁目3-6）で受け付けています。接種は申込後1～2週間先になります。

接種状況：火曜日から土曜日は毎日6～18名接種しています。申し込みが殺到した場合、月曜日にも最大84名行います。

入荷状況：ファイザーワクチンは予約分、確保できています。

キャンセル待ち：当方からの連絡で夕方直ちに来院可能な方は、1週間以内に摂取可能です。

但し、発熱（体温37.5℃以上）している場合、過去の予防接種でアレルギー反応がみられた人、および180mmHg以上の高血圧・喘息・進行癌などの基礎疾患がある場合は接種できませんので、ご了承下さい。

アナフィラキシーなどの副反応に的確に対処できる専門医が、アドレナリン・ステロイドホルモン・抗アレルギー薬・酸素・点滴・挿管器具・AEDなどを準備した上で、慎重に接種しますので、安心して受けてください。

有松医科歯科クリニック（076-245-6001：ワクチン照会電話）

ファイザー・コロナワクチン接種予約票

(郵送：〒921-8041 金沢市泉3丁目3-6か、FAX 送信：076-247-1338)

申し込み日： 月 日

1) 個人(月～土曜日) 1回目 ()、2回目 ()、3回目 ()

氏名(生年月日): _____ (昭・平・令 年 月 日)

住所:

携帯電話番号: - -

アレルギーの有無:(無、有: 何に対して?)

クーポン券(接種券):(無、有: どちらかに○してください)

緊急来院可のキャンセル待ち:(可能、不可能: どちらかに○)

2) 団体(月～土曜日) 人数 ()人 (1、2、3回目)(いずれかに○)

代表者のみ、上欄にご記入ください。同伴者は下記に記載して下さい。

緊急来院:(可能、不可能: どちらかに○)

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号:

氏名:
住所:
携帯電話番号:
アレルギーの有無:(無、有:)
クーポン券(接種券)番号: