

### 戸田市アストラゼネカ社ワクチン専用もったいないバンク申込書

私は、下記のとおり戸田市アストラゼネカ社ワクチン専用もったいないバンクに申し込みます。

い り が な	
氏 名	
生年月日	年 月 日
電話番号	屋間連絡がつく電話番号を記入してください。
接種券番号	
確認事項	<p>下記の内容について同意していただき、申請ください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・登録ができるのは、戸田市の接種対象者で、40歳以上の方です。</li><li>・海外でアストラゼネカワクチンを1回接種済の方、アレルギーでファイザー、武田/モデルナワクチンを接種できない方が優先であり、予約枠に空きがある場合のみのご案内となります。</li><li>・接種できるのは、接種日までに新型コロナウイルスワクチン（ファイザー、武田/モデルナ含む）を接種していない方です。</li><li>・アストラゼネカ社製ワクチンを接種した場合は、他の種類のワクチン（ファイザー、武田/モデルナ）は接種できません。</li><li>・連絡後、2時間程度で接種をお願いする場合があります。</li><li>・医療機関へはご自身で行っていただきます。</li><li>・接種場所は戸田市立市民医療センター（美女木4-20-1）です。</li><li>・電話に出られない、不在着信の折り返しをいただいても、ご案内できません。</li><li>・必ずご案内できる確約はできません。</li><li>・接種予約をしていた場合は、当該予約をご自身でキャンセルしていただきます。</li></ul>
同意欄	上記確認事項に同意します。（右のチェック欄にし点） <input type="checkbox"/>

※収集した個人情報は新型コロナワクチン接種の目的外に使用する事はありません。