

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン「職域接種」申込書（商工会議所会員枠） FAX:0241-25-7171 ✉info@aizukitakatacci.or.jp

事業所名			申込日	令和3年 月 日
事業所所在地	〒			申込総数 名
代表者名			連絡部署・担当者名	
メールアドレス			TEL/FAX	/

No.	申込者氏名	フリガナ	生年月日（西暦）	住 所（住民票記載住所を記入）	区 分	任意グループ
例	会議所 太郎	カキショウタロウ	1973 年 12 / 13	喜多方市字沢ノ免7331	社員 / 家族	
1			年 /		社員 / 家族	
2			年 /		社員 / 家族	
3			年 /		社員 / 家族	
4			年 /		社員 / 家族	
5			年 /		社員 / 家族	
6			年 /		社員 / 家族	
7			年 /		社員 / 家族	
8			年 /		社員 / 家族	
9			年 /		社員 / 家族	
10			年 /		社員 / 家族	

※副反応による業務への影響回避や部署別など申込者の接種日を分散させる場合は、右欄で任意グループ化（①、②、③等）してください。

※本職域接種お申込み後はキャンセルができませんので、行政接種や他の職域接種と重複してお申込みは絶対に行わないでください。

※当所にて割り振った「接種指定日時のお知らせ」については、日程の関係上FAXまたはメールにて通知する場合がありますので予めご了承ください。

※申込書が不足する場合は必要に応じて適宜コピー等のうえお申込みください。

※申込書に記載された個人情報については、本職域接種に係る諸連絡及び被接種者の管理にのみ使用いたします。