●耳や言葉が不自由な方の相談先

電子メール　ichihara-vaccine@bsec.jp

接種の予約を希望する場合は、メール本文に氏名・生年月日・接種券番号・接種希望日時等を入力してください。

FAX　0436-26-8200

FAXの場合は、以下の相談票を利用してください。

耳や言葉が不自由な方のコロナワクチン接種相談票（FAX専用）

送信年月日	令和　　年　　月　　日　（　　）
氏名	
生年月日	年　　月　　日　生まれ
新型コロナワクチン接種券番号	
連絡先	FAX番号：　　－　　－
	メールアドレス：
予約	1か2どちらかに〇をつけてください 1　接種場所、日にちはどこでもよい 2　医療機関、日にちを指定する（医療機関と日にちを記入してください） (1)医療機関（　指定する（医療機関名　　）・しない　） (2)日にちの指定（　する　・　しない　） 希望日 ①　　月　　日 ②　　月　　日
その他相談	
市原市からの回答	※ここには書かないで下さい。 （ご相談の回答をご返送いたします。）