



## 新型コロナワクチン接種に関するアンケート

ワクチン接種の日時・場所を調整するため、以下の質問にお答えください。

住所	京丹後市 町										
氏名											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
券番号	<table border="1" style="border-style: dashed; width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p>※接種券に記載されている10桁の券番号</p>	0	0								
0	0										
連絡先	<p>0772- -</p> <p>(携帯電話: - -)</p>										
接種意向	<p>新型コロナワクチンの接種を受けますか？</p> <p style="text-align: center;">受ける / 受けない</p>										
(参考)	<p>現在、かかりつけ医がありますか？</p> <p style="text-align: center;">ない / ある (医療機関名 _____)</p> <p>※参考までにかかりつけ医をお聞きした上で、市で接種会場を調整し、後日郵送でお知らせします。</p>										

※ アンケートは同封の返信用封筒により、4月8日(木)までに返信してください。