別紙　申込様式

申込先アドレス：a7500-02@pref.saitama.lg.jp

　　　　ＦＡＸ：０４８－８３０－４８００

出張接種希望申込書

　　　　　　　　　　　　　　施　　設　　名：

　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　地：

　　　　　　　　　　　　　　担　当　者　名：

　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　連絡先メ ー ル：

○派遣希望日　第１希望

　　　　　　　第２希望

　　　　　　　第３希望

　　※　派遣希望日については、県と調整の上決定で構わない場合、希望日は空欄で　　　構いません。

　　※　時間帯について午前、午後の希望がありましたら、併せて記入してください。

○接種予定人数　　　　　　　人　※現時点での見込み人数で構いません

　施設の利用者だけでなく、施設の従業員も接種可能です。

　バス車内での接種のほか、貴施設の空きスペース等を使用しての屋内接種も対応可能ですので、接種の態様については調整をさせていただければと思います。