

接種  
無料

# 新型コロナワクチン 令和5年度秋開始接種のお知らせ

**重要!!** 今回より、はがきでの意向調査は行いません。

**接種を希望する方は申込みが必要です。**

秋開始接種を希望する方は、次のとおり申込みをお願いします。

※接種希望のない方は、連絡・申込みは不要です。

## 対象となる方

生後6か月以上の方

## 使用するワクチン

XBB株1価ワクチン（ファイザー社製又はモデルナ社製）

## 接種会場・接種予定日

### 【12歳以上の方】

- 北竜町立診療所：9月下旬～12月中旬まで※予約状況により接種日を設定します。
- 改善センター体育館：11月7日、8日、9日、10日の4日間（予定）  
※両会場とも接種日はこちらで割り当てます。都合が悪い場合はご連絡ください。

### 【生後6か月～11歳以下の方】

深川市津田こどもクリニック、深川市立病院小児科での接種になります、お子さまの接種を希望される方は、12歳以上の方と同様に申込みください。

## 申込方法

電話、窓口、FAX、Webフォームのいずれかの方法で、接種の申込みをしてください。

※同封の『Webフォーム申込方法』を参照下さい。

- 5～6月に町でコロナワクチン接種をした方で、「秋の接種を希望する」と回答いただいた方は、申込みは不要です。後日接種案内と接種券を発送します。
- 他の自治体等で接種予定の方は、接種券を送付します。同様に電話、窓口、FAX、Webフォームより申込みください。

**申込締切：令和5年9月22日（金）まで**

北竜町秋開始接種  
申込フォーム



## 接種券について

- 接種申込みをされた方へは、接種時期に合わせて接種券を送付します。
- 他自治体等での接種のため接種券の送付を申込まれた方は、9月中旬以降に接種券を送付します。
- 接種申込みをされた方は、新たに接種券を送付します。ご自宅に未使用の接種券（白色、青色、桃色の接種券）がある方は、秋開始接種では使用できませんので、破棄してください。

問合先：住民課保健指導係（電話0164-34-2111/FAX34-3766）

裏面がFAX申込用紙  
になります→

# 令和5年度秋開始接種

FAX番号  
**FAX申込書 (0164) 34-3766**



「ワクチン接種」または「接種券の送付」を希望する方の、「住所」「氏名」「生年月日」「希望内容」「接種会場までの送迎希望」を、同一世帯で希望する方全員分を記載してください。

(希望がない方は連絡・申込みは不要です)

町内会： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

住所：北竜町字 \_\_\_\_\_

氏名	生年月日	希望内容	送迎希望
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 改善センター・診療所での接種を希望 <input type="checkbox"/> 接種券の送付希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

**締切：令和5年9月22日（金）**

問合せ先：住民課保健指導係 電話 (0164) 34-2111

表面もご覧下さい