|  |
| --- |
| **伊達商工会議所　新型コロナワクチン職域接種　希望申込書** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所又は  所在地 | 〒　　　－ | |
|  | |
| 屋号又は  法人等名 |  | |
| 代表者  役職名・氏名 | (役職名) | （氏名） |
| 電話番号 | （　　　　　）　　 　　－ | |
| ＦＡＸ | （　　　　　）　　　 　－ | |
| 事務担当者  役職名・氏名 | (役職名) | (フリガナ) |
| （氏名） |
| 担当者連絡先  （携帯可） | －　　　　　－ | |
| Email | @ | |

**１．新型コロナワクチン職域接種について接種を**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □ | 希望する | □ | 希望しない　（いずれかに☑をお願いします。） |
|  |  | | | |

**２．接種希望者数**（職域接種を希望する場合は、希望人数をご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **総人員数** | |  | 名 |
|  | うち、代表者・役員・従業者の方 |  | 名 |
|  | うち、上記の方の同居の家族の方 |  | 名 |

※　提出していただく名簿と一致させるようにしてください。

**■　本票送付先**

|  |
| --- |
| 【 お問い合わせ・申込先 】  伊達商工会議所  〒052-0015　伊達市旭町２４  TEL：0142-23-2222 ／ FAX：0142-23-7115  E-Mail：t-watanabe@date-cci.or.jp |