|  |
| --- |
| **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２４TEL：0142-23-2222 ／ FAX：0142-23-7115 E-Mail：t-watanabe@date-cci.or.jp |