

## 余 剰 ワ ク チ ン 接 種 希 望 者 リ ス ト

サービス種別（居宅介護支援・訪問介護・通所介護・認知症対応型通所介護・地域密着型通所介護）

※該当するサービス種別に○を付けてください。

事業所名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

事業所電話番号： \_\_\_\_\_

連番	フリガナ 氏 名	生年月日	性別	住 所	備 考 日曜日の連絡を希望する方は携帯電話番号を記入してください
例	オオムタ タロウ 大牟田 太郎	S1. 1. 1	男	大牟田市有明町2丁目3番地	
1		. .		大牟田市	
2		. .		大牟田市	
3		. .		大牟田市	
4		. .		大牟田市	
5		. .		大牟田市	
6		. .		大牟田市	
7		. .		大牟田市	
8		. .		大牟田市	
9		. .		大牟田市	
10		. .		大牟田市	

※上記の個人情報は、余剰ワクチン接種に関する範囲で利用し、それ以外の目的で使用することはありません。