

面会者事前登録用紙

入院患者氏名	性別	年齢	病棟別	病室番号
	男・女	歳	病棟	号室

申込年月日：令和 年 月 日

申込者氏名： _____

※市町村名からでOK

※該当に

※センター使用欄

面会者氏名	性別	年齢	続柄	電話番号	住 所	ワクチン接種 2回目まで	確認 書類	備考
	男・女	歳				<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 写し	
	男・女	歳				<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 写し	
	男・女	歳				<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 写し	
	男・女	歳				<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 写し	

上記の者は、次の条件をすべて満たしています。

- ・近親者です
- ・12歳以上です
- ・新型コロナワクチンの予防接種を2回目まで終了しています

接種済確認書類の写しを提供します。