

新型コロナウイルスワクチン接種(1回目)希望調査

薬局名: _____

接種日	氏名	職種	備考欄
5月10日(月)			
5月14日(金)			
5月16日(日)			

※ 副作用が出ても仕事に支障が出ないように、出来るだけ各薬局で3日間に分散させて下さい。

※ 職種欄には、薬剤師 または 事務員 と記入して下さい。

4月27日(火)までに返信をお願いいたします。

返信先:ハラタ健康堂薬局 FAX:0581-22-2584

