**【様式２】**

**管理番号　：**

**サービス種別：**

**事業所名：**

[x] **ワクチン３回目接種は希望しません。**

**※接種希望しない場合は、この用紙をメール又ＦＡＸで送信ください。**

**mail✉：****koureikaigo@city.yao.osaka.jp**

**ＦＡＸ：０７２-９２４－１００５**