



## Registro de informações do paciente

Sobrenome (Kana)

必須

\* Digite em katakana / alfabeto

Nome (Kana)

必須

\* Digite em katakana / alfabeto

Sexo

 male  female

必須

Telefone

必須

\* Insira os 10 ou 11 dígitos sem hifens (-).

E-mail

Configurações de recepção de e-mail

 Receber  Não receba

基礎疾患の有無

 あり  なし  未設定

※「あり」を選択された場合、接種日に会場にて基礎疾患について確認する場合がございます。誤って記載された場合、当日ワクチン接種を受けられない可能性がございますので、ご了承ください。

Avance para o próximo



よくある質問を調べる



## Definir senha

## Nova senha

\* Você pode usar letras, caracteres alfanuméricos de meia largura e símbolos, e insira-os de 8 a 100 caracteres.

(Símbolos disponíveis: \_!@#\$%^&\*()-+[]{}.,.<>:~)

## Confirme a nova senha

Confirme o que você inseriu



よくある質問を調べる