



## Registro de información del paciente

Apellido (Kana)

必須

\* Ingrese en katakana / alfabeto

Nombre (Kana)

必須

\* Ingrese en katakana / alfabeto

Sexo

必須

 male  female

Número de teléfono

必須

\* Ingrese los 10 o 11 dígitos sin guiones (-).

Dirección de correo electrónico

Configuración de recepción de correo electrónico

 Recibir  No reciben

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。

Pasar a la siguiente



よくある質問を調べる



## Establecer contraseña

## Nueva contraseña

\* Utilice dos tipos de contraseñas, caracteres alfanuméricos de ancho medio y símbolos, e introdúzcalos en 8 a 100 caracteres.

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

## Confirmar nueva contraseña

Confirme la información introducida



よくある質問を調べる