



बिरामी जानकारी दर्ता

अन्तिम नाम (काना)

必須

* काटाकाना / वर्णमालामा प्रविष्ट गर्नुहोस्

पहिलो नाम (काना)

必須

* काटाकाना / वर्णमालामा प्रविष्ट गर्नुहोस्

लिङ्ग

必須

 male female

फोन नम्बर

必須

* कृपया हाइफनहरू (-) बिना 10 वा 11 अंकहरू प्रविष्ट गर्नुहोस्।

इ-मेल ठेगाना

ईमेल स्वागत सेटिंग्स

 प्राप्त गर्नुहोस् प्राप्त गर्दैन

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。

अर्कोमा अगाडि बढ्नुहोस्



よくある質問を調べる



पासवर्ड सेट गर्नुहोस्

नयाँ पासवर्ड

* कृपया दुई प्रकारका पासवर्डहरू, आधा चौडाई अक्षरांकीय वर्ण र प्रतीकहरू प्रयोग गर्नुहोस् र तिनीहरूलाई to देखि १०० अक्षरहरूमा प्रविष्ट गर्नुहोस्।
(उपलब्ध सङ्केतहरू: _!@#\$\$%^&*()-+[]{}.,.<>:~)

नयाँ पासवर्ड निश्चित गर्नुहोस्

तपाईंले प्रविष्ट गर्नुभएको कुरा पुष्टि गर्नुहोस्



युक्तियुक्त प्रश्नहरूको बारेमा