

申込書記載済みの方からご予約受付いたします。

2023—2024年 インフルエンザ予防接種 申込書

下記の該当する項目に○印をつけ、必要事項をご記入の上、窓口にお越しください。

※お一人につき1枚ご記入ください

おなまえ	ID (診察券番号)	生年月日	住民票	卵アレルギー	2ヶ月以内の 熱性痙攣・ひきつけ	・あり:いつですか? ・なし
		西暦 年 月 日 歳 ヶ月	・市内 ・市外	・あり ・なし	同時接種の希望	・あり:ワクチン名 ・なし
		接種希望時間帯を第三希望までご記入ください。ご希望の時間帯記号(①、②、③)に○をつけてください。				
クリニック 記入欄	妊娠					
①			第一希望	第二希望	第三希望	
②	・あり 産科医承諾 (あり・なし) ・なし	接種時間帯 ① 午前(9:00~) ② 午後(15:00~) ③ (土)(9:30~)	①回目 月 日 ①、②、③	①回目 月 日 ①、②、③	①回目 月 日 ①、②、③	
			②回目 月 日 ①、②、③	②回目 月 日 ①、②、③	②回目 月 日 ①、②、③	

安全に接種をしていただく為、詳細確認のお電話をする場合がございます。

(TEL) _____