

インフルエンザ予防接種 申し込み用紙

健康友の会の会員ですか？（ 会員 ・ 入会希望 ・ 一般 ）

〒 - 住所 電話 FAX

（日中ご連絡のつく番号をご記入下さい）

ふりがな 氏名	生年月日	年齢 性別	接種日（13歳未満は2回接種です）			診療所記入欄
	M T S H 年 月 日	才 男・女	第1希望 第2希望	月 日 月 日	時頃 時頃	
			2回目（13歳未満）	月 日	時頃	
	M T S H 年 月 日	才 男・女	第1希望 第2希望	月 日 月 日	時頃 時頃	
			2回目（13歳未満）	月 日	時頃	
	M T S H 年 月 日	才 男・女	第1希望 第2希望	月 日 月 日	時頃 時頃	
			2回目（13歳未満）	月 日	時頃	
	M T S H 年 月 日	才 男・女	第1希望 第2希望	月 日 月 日	時頃 時頃	
			2回目（13歳未満）	月 日	時頃	

- ①この用紙をご記入後、FAXまたは診療所受付へご提出をお願いします。
FAX 053-465-0219（浜松佐藤町診療所）
- ②予約状況を確認し接種日が決まりましたら、FAXにて返信、またはお電話で
ご返答をさせていただきます。日中つながりやすい連絡先の記入をお願いします。
- ③13歳未満のお子様の2回目の接種希望日が決まっている場合はご記入下さい。
1回目の接種日からの間隔は3週間前後が目安です。

＜診療所からのご連絡＞