

《 インフルエンザ団体接種申し込み用紙 》

申し込み日 年 月 日

団体企業名及び連絡先

担当者名： _____

10名以上の申し込みの場合、接種日の日時をこちらで指定させていただくことがありますので予めご了承ください。

あてはまるものに○をお願いします。

- () 予診票は当院まで取りに来る
- () 予診票を貴社へ郵送してほしい→別途送料がかかります。
- () 予診票は当院ホームページから貴社がダウンロードして使用する
- () 領収書は個人名義で1枚ずつ
- () 領収書は会社名義1枚で
- () その他→[]

※ 65歳以上の方は当院にある予診票をご利用ください。

- () 予診票は当院まで取りに来る
- () 郵送してほしい→別途送料がかかります

月 日までに接種者名簿ご記入の上、この申し込み用紙と一緒に
当院へFAX(54-7000)をお願いします。内容確認後後日こちらからご
連絡いたします。

ご不明な点は55-1000へご連絡ください。



吉野耳鼻咽喉科
YOSHINO ear, nose, and throat clinic

<接種者名簿>

企業名

年 月 日

	フリガナ 氏名	年齢	生年月日	住所	電話番号	受診歴
1						あり・なし
2						あり・なし
3						あり・なし
4						あり・なし
5						あり・なし
6						あり・なし
7						あり・なし
8						あり・なし
9						あり・なし
10						あり・なし
11						あり・なし
12						あり・なし
13						あり・なし
14						あり・なし
15						あり・なし
16						あり・なし
17						あり・なし
18						あり・なし
19						あり・なし
20						あり・なし