

ファックス番号 053-584-1551

インフルエンザ予防接種 ファックス申し込み用紙

連絡先 〒 -
住所

電話 -
(携帯) -
FAX -

ふりがな 氏名	生年月日	性別	年齢	希望日		備考
				インフルエンザ予防接種希望日		
(組合員・未組合員)	MTSH 年 月 日	男・女	才	第1希望日 月 日() 時	第2希望日 月 日() 時	
(組合員・未組合員)	MTSH 年 月 日	男・女	才	第1希望日 月 日() 時	第2希望日 月 日() 時	
(組合員・未組合員)	MTSH 年 月 日	男・女	才	第1希望日 月 日() 時	第2希望日 月 日() 時	
(組合員・未組合員)	MTSH 年 月 日	男・女	才	第1希望日 月 日() 時	第2希望日 月 日() 時	
(組合員・未組合員)	MTSH 年 月 日	男・女	才	第1希望日 月 日() 時	第2希望日 月 日() 時	

接種日・時間は診療所の都合で変更させていただく場合があります。

ご記入の上、診療所までファックス送信ください。診療所より予約日・予約時間確認のファックスか電話をさせていただきます。
13歳未満で2回接種希望の方はお早めにご連絡ください。 ※予約の変更・キャンセルの場合はお早めにご連絡をください。

生協きたはま診療所
電話 053-584-1550

