

インフルエンザワクチン予防接種申込書

貴社名 : _____
ご住所 : _____
電話番号 : _____ FAX番号 : _____

この度は、インフルエンザワクチン予防接種をお申込みいただきありがとうございました。

下記のお日にちからご希望日をお選びください。この日程以外でご希望があればご相談ください。

10月1日(火)~ワクチンがなくなり次第終了

※ただし毎週月曜日(PM)・10月24日・30日を除く

AM 11:00~11:45 約10名

PM 13:30~14:00 約30名

当日の状況によって受付時間が前後する場合がございます

	お名前	ふりがな	ご生年月日	性別	健診後or単独接種	希望日	希望時間
1					健診後又は単独		AM又はPM
2					健診後又は単独		AM又はPM
3					健診後又は単独		AM又はPM
4					健診後又は単独		AM又はPM
5					健診後又は単独		AM又はPM
6					健診後又は単独		AM又はPM
7					健診後又は単独		AM又はPM
8					健診後又は単独		AM又はPM
9					健診後又は単独		AM又はPM
10					健診後又は単独		AM又はPM

JCHO横浜中央病院

TEL:045-681-9540(直通)・FAX:045-663-6903