

①

# いそむらファミリークリニック インフルエンザ予防接種申込用紙

職員記入欄	
受付日	
NO	

① 必要事項をご記入のうえ、FAX【10/8(日)～】又はクリニック受付へ提出【10/10(火)～】してください。

**FAX 0586-72-7112**

② 申込用紙を受け付けた順番に、こちらよりお電話を差し上げ予約日を決定させていただきます。

※ 申込開始直後は希望者が多数殺到するため、折り返しのお電話に時間を要する場合があります。

申込用紙提出後、3診療日経過しても折り返しのお電話がない場合は、お手数ですが当院へ直接ご連絡ください。

FAX送着に関するお問い合わせには、対応致しかねます。

住所	〒          ー
TEL	(          )          ー

※住所が上記と異なる方は、新しい用紙でご記入ください。枠内すべてご記入ください。

ふりがな		生年月日
氏名	男	M・T・S
	女	H・R    年    月    日 (    歳)
カルテ番号 (お持ちの方のみ)		受診歴 (予防接種のみ等を含)    有    ・    無

ふりがな		生年月日
氏名	男	M・T・S
	女	H・R    年    月    日 (    歳)
カルテ番号 (お持ちの方のみ)		受診歴 (予防接種のみ等を含)    有    ・    無

ふりがな		生年月日
氏名	男	M・T・S
	女	H・R    年    月    日 (    歳)
カルテ番号 (お持ちの方のみ)		受診歴 (予防接種のみ等を含)    有    ・    無

ふりがな		生年月日
氏名	男	M・T・S
	女	H・R    年    月    日 (    歳)
カルテ番号 (お持ちの方のみ)		受診歴 (予防接種のみ等を含)    有    ・    無

ふりがな		生年月日
氏名	男	M・T・S
	女	H・R    年    月    日 (    歳)
カルテ番号 (お持ちの方のみ)		受診歴 (予防接種のみ等を含)    有    ・    無

※連絡先が上記と異なる方、またお電話の時間に指定がある方は下記へご記入ください。

[ ]

《接種希望日がある方は記入してください》

	第一希望日	時間	第二希望日	時間
1回目				
2回目				

※13歳以上の方は1回接種です

※土曜日は10歳以上の方から予約可能です

問い合わせ TEL:0586-72-7111