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又はクリニック受付へ提出【10/7(月)～】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頂きます。

※ 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	〒　　－
TEL	(　　)　　－

※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 女	M・T・S 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 女	M・T・S 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 女	M・T・S 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 女	M・T・S 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 女	M・T・S 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