

インフルエンザワクチン予防接種専用予約申込書

連絡先

事業所名

担当者名

TEL

希望日

2024年

月

日

保険証番号		フリガナ	年齢
記号	番号	氏名	
		フリガナ -----	歳
		フリガナ -----	歳

保険証番号		フリガナ	年齢
記号	番号	氏名	
		フリガナ -----	歳
		フリガナ -----	歳

保険証番号		フリガナ	年齢
記号	番号	氏名	
		フリガナ -----	歳
		フリガナ -----	歳

◀ 予約上の注意 ▶

- 予約開始は10月7日からです。それ以前に届いたFAXは無効となりますのでご了承ください。
予約はできるだけ2人1組でお願いいたします。予約票は同日1枚につき6名様のお名前が入ります。
- FAXが届き希望日程の確認が取れましたら、必ず保健センターより連絡致します。
連絡先（担当者様名、電話番号）は必ずご記入願います。
尚、予約状況等のお問合せはご遠慮願います。
- 予約後のワクチン接種予定日及び予約者名の変更はできません。
キャンセル後、改めて取り直しをお願いします。
- 当日は13:30~14:30の間にお越しください。遅れた方は接種できませんのでご注意ください。
午後健診(13:00~13:30)を実施している日もあります。
マスク着用の上、保険証、記入済み予約票をお持ちください。