

申込書記載済みの方からご予約受付いたします。

2024—2025年 インフルエンザ予防接種 申込書

下記の該当する項目に○印をつけ、必要事項をご記入の上、窓口にお越しください。

※お一人につき1枚ご記入ください

おなまえ カタカナで書いてください	ID (診察券番号)	生年月日	住民票	卵アレルギー	2ヶ月以内の 熱性痙攣・ひきつけ	・あり：いつですか？ ・なし
		昭和 平成 令和 年 月 日 歳 ヶ月	・市内 ・市外	・あり ・なし	同時接種の希望	・あり:ワチン名 ・なし
クリニック 記入欄	妊娠	接種希望時間帯を第三希望までご記入ください。ご希望の時間帯番号に○をつけてください。				
① ②	・あり 産科医承諾 (あり・なし) ・なし	接種時間帯 ① 午前 (9:00~12:00) ② 午後 (15:00~15:30) 月曜と火曜 ③ 午後 (16:00~18:00) ④ 午後 (18:30~19:30) ⑤ (土) (10:30~12:00)	第一希望	第二希望	第三希望	
			①回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	①回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	①回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	
			②回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	②回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	②回目 月 日 ①、②、③、④、⑤	

安全に接種をしていただく為、詳細確認のお電話をする場合がございます。

(TEL)

つながりやすい時間

時 頃

