

## インフルエンザワクチン予防接種 予約申込書

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

接種ご希望日（時間は指定できません）

第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 午前 ・ 午後

第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 午前 ・ 午後

※予約が決定しましたら、予約された媒体にて連絡致します。

浅井外科 F A X 番号 0 5 2 - 4 4 1 - 8 0 9 9

※個人情報が含まれ個人情報が含まれますのでおかけ間違いのないようお願い致します



**浅井外科**

外科 内科 整形外科 胃腸科 肛門科  
皮膚泌尿器科 リハビリテーション科

F A X 番号

0 5 2 - 4 4 1 - 8 0 9 9