

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）

_____ 月 _____ 日 _____ 曜日 午前 ・ 午後

※上記のご希望日がワクチン接種日となります。

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