

インフルエンザワクチン接種申込書



**F A X ; 078-987-4973      LINE アプリ QRコードを読み取りください**  
**ご記入いただき FAXにて送信 または、写真にとり画像をLINEにて送信ください。**

フリガナ  
 お名前 \_\_\_\_\_ T. S. H 年 月 日 ( 才 ) 男 ・ 女  
 フリガナ  
 お名前 \_\_\_\_\_ T. S. H 年 月 日 ( 才 ) 男 ・ 女  
 フリガナ  
 お名前 \_\_\_\_\_ T. S. H 年 月 日 ( 才 ) 男 ・ 女  
 フリガナ  
 お名前 \_\_\_\_\_ T. S. H 年 月 日 ( 才 ) 男 ・ 女  
 フリガナ  
 お名前 \_\_\_\_\_ T. S. H 年 月 日 ( 才 ) 男 ・ 女  
 〒  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
 FAX番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ワクチン接種は下記時間のみ

**月 ・ 水 ・ 金    9:30~11:30    16:00~18:00**  
**土                9:30~11:45**

第1希望        月            日 (        )            :            何時でも可  
 第2希望        月            日 (        )            :            何時でも可  
 第3希望        月        日 (        )            :            何時でも可

第3希望まで記入ください。不備がある場合は受付できないこともございます。  
 \*\*\* 当院からの返信FAX、返信LINEを受け取られて予約完了になります \*\*\*  
 【休診日を除き2日以上経っても返信のない場合は お問い合わせください】

様

月            日 (        )            時            分    に お越しください。

- \*\*\* 予約優先ですが、お待ちいただくこともございますのでご了承ください \*\*\*  
 \* 予診票記入の上、必ず検温を済ませてご来院ください。  
 \* 予約の人数の変更及びキャンセルは、連絡をお願いします。

北神中央ビル3階    つじ腎泌尿器科クリニック

**接種申込書と接種人数分の予診票をお持ち帰りください。**

**FAX 、 LINE 24時間 送信可能です。**

