

インフルエンザ申し込み票

FAX専用

FAX: 042-725-3326

領収書発行希望 ○をお願い致します	申し込み日	H 年 月 日			
	ふりがな			年齢	事務記入欄
	①接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	現住所	〒 -			
	接種希望日	1回目		2回目	
	ふりがな			年齢	
	②接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	接種希望日	1回目		2回目	
	ふりがな			年齢	
	③接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	接種希望日	1回目		2回目	
	ふりがな			年齢	
	④接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	接種希望日	1回目		2回目	
	ふりがな			年齢	
	⑤接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	接種希望日	1回目		2回目	
	ふりがな			年齢	
	⑥接種者名	(姓)	(名)	歳	
	生年月日	T M S H	男 女	TEL:	
		月 日		希望時間帯	
	接種希望日	1回目		2回目	

※13歳未満の方は2回 接種になりますので2週間後に2回目も接種日をご記入下さい

予約時間	月～日	①9時～10時
		②10時～11時
		③11時～11時45分
	木 土	④15時～17時
	月 火 木	⑤18時～19時45分
	金	⑥18時半～19時45分

銀行名	城南信用金庫
支店名	玉川学園
店番	075
口座番号	普通預金 152833
口座名	(医) 大瑛会
フリガナ	(イ) ダイエイカイ