

【FAX 専用】 インフルエンザ申込書 ※当日現金のみ

領収書発行希望 <small>○をお願い致します</small>	申込日	H 年 月 日	F A X . 0 4 2 - 7 2 5 - 3 3 2 6			
	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		TEL :
		月 日		女		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		TEL :
		月 日		女		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		TEL :
		月 日		女		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		TEL :
		月 日		女		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		TEL :
		月 日		女		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		TEL :
		月 日		女		希望時間帯
	接種希望日	1回目 ()		2回目 ()		

※13歳未満の方は、2回接種となりますので、2週間後に2回目も接種日をご記入ください。

予約時間	日	①9:00~10:00 ②10:00~11:00 ③11:00~11:45 ④14:00~16:45
	月・火・木	⑤18:00~19:45
	金	⑥14:00~16:45 ⑦18:30~19:45
	土	⑧14:00~16:45