

山田外科医院 インフルエンザ予防接種 申込書

接種を希望される方は、下記項目に記入してください。 泉佐野市在住 泉南市/阪南市/熊取町/田尻町/岬町在住 左記以外の大阪府内

姓	名	年齢	生年	月	日	電話番号	当院受診有・無
カナ	カナ						診察券のID
カナ	カナ						診察券のID
カナ	カナ						診察券のID
カナ	カナ						診察券のID
カナ	カナ						診察券のID

※5名以上申込みされる方は、もう1枚記入してください。

※連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

※連絡がつかない場合、次に申込みされている方を優先させていただきます。

接種希望があれば、下記項目にチェックしてください。

- 午前希望 午後希望 ※午後は月・火・金曜日のみ可能です。
 曜日指定あり 月 火 水 木 金 土
 ____月 ____日以降希望 コロナワクチンと同時接種希望。(※コロナワクチン接種申込書も記載してください)
 日付指定 (第一希望) (第2希望) (第3希望) **※日付指定ですと、希望に添えない場合もあります。**
 その他、希望があれば記入してください。()

必要事項をすべて記入の上、下記のどちらかの連絡先まで送付してください。

FAX: 072-462-6362

Emil: yamadagekaiin@gmail.com