

# インフルエンザワクチン申込み用紙

篠山市 ・ 篠山市外

電話番号等は、連絡のつきやすい番号をご記入お願いします。できるだけ全てご記入ください。

※ ご記入頂きました個人情報、当院にて目的以外で利用することはございません。

※ 予約状況によりましては、ご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。

携帯電話	自宅電話	FAX
携帯・PC メールアドレス		住所 〒            —

医療法人社団小嶋医院  
TEL 079-590-2350  
FAX 079-590-2356

ID	フリガナ 氏 名	生年月日 (和暦)	年齢	卵アレル ギ-有無		第一希望	第二希望	第三希望
		大 / 昭 / 平 年 月 日	歳 ヶ月	ある・ない	日にち 時間	月 日 :	月 日 :	月 日 :
		大 / 昭 / 平 年 月 日	歳 ヶ月	ある・ない	日にち 時間	月 日 :	月 日 :	月 日 :
		大 / 昭 / 平 年 月 日	歳 ヶ月	ある・ない	日にち 時間	月 日 :	月 日 :	月 日 :
		大 / 昭 / 平 年 月 日	歳 ヶ月	ある・ない	日にち 時間	月 日 :	月 日 :	月 日 :
		大 / 昭 / 平 年 月 日	歳 ヶ月	ある・ない	日にち 時間	月 日 :	月 日 :	月 日 :

下記に該当の方は申し込み時にお申し出下さい。

※ 現在、妊娠中あるいは、妊娠の可能性のある方。

※ その他のワクチンを予定されている方、また、最近4週間以内に他のワクチンを接種した方。

受付日 \_\_\_\_\_ 印