

予防接種申込み書 <20191001>

		お申込日	令和 年 月 日
事業所	名称	ご担当者	
	ご住所	TEL	
		FAX (必須)	
ワクチン名	<input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン <input type="checkbox"/> 破傷風ワクチン <input type="checkbox"/> その他( )		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み(当院より請求書を送ります) → 請求書は <input type="checkbox"/> 接種月の末日付けで発行 <input type="checkbox"/> 全員の接種終了後速やかに発行 <input type="checkbox"/> 受診時に現金にて支払い(クレジット払い不可) → 領収書は <input type="checkbox"/> 接種者名で発行 <input type="checkbox"/> 事業所名で発行		
本日の順番取り	接種当日に「本日の順番取り」をしていただくことは可能ですか？ <input type="checkbox"/> 可能 → 順番取りに必要な診察券番号を貴社にFAX送信しますので、ご本人にお伝え下さい。 <input type="checkbox"/> 不可能 → 待ち時間が2時間以上になることがあることを、必ずご本人にお伝え下さい。	ご質問・ご要望など	
受診時の注意事項 (ご本人に必ずお伝えください)	<b>★来院時、医院受けに「〇〇会社の△△です」というふうに、会社名と氏名を必ずお伝え下さい。</b> <b>会社名をお伝えいただけないと個人接種とみなされてしまいますので、ご協力をお願いいたします。</b>		

<接種者名簿>

午前診は月～土の9:00～12:00に、夜診は月火水金の16:30～19:30にご来院ください。

	診察券番号	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	接種希望日
1				昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
2				昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
3				昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
4				昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
5				昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診

<接種者名簿> 名簿は下記内容が明記されていれば他の形式でも構いません。

診察券番号	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	接種希望日
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	月 日 午前診・夜診

内田内科循環器内科

**FAX 077-516-0231**

〒525-0026 滋賀県草津市渋川1丁目2-26 ザ草津タワー2階

TEL 077-516-0200 メール uchida-naika-j@nike.eonet.ne.jp