

インフルエンザ等予防接種申込書および接種者名簿

① 事業所様名称 : _____

ご住所 : _____ 郵便番号 _____

TEL : _____ FAX : _____ E-mail : _____

担当責任者様名 : _____ 様

② 期間 平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで

接種予定者名簿(出張接種の場合はお名前(太枠内)の記入のみで可)

No.	氏名 (漢字およびフリガナ)	性別	生年月日	受診予定日	申込み時備考
①		男・女	昭平 . .		
②		男・女	昭平 . .		
③		男・女	昭平 . .		
④		男・女	昭平 . .		
⑤		男・女	昭平 . .		
⑥		男・女	昭平 . .		
⑦		男・女	昭平 . .		
⑧		男・女	昭平 . .		
⑨		男・女	昭平 . .		
⑩		男・女	昭平 . .		

診療日：月～金 休診日：土日祝
 診療時間：午前8時30分から午後1時00分
 午後4時から午後6時



〒236-0004 横浜市金沢区福浦1丁目5番一2
 TEL 045-782-3321 FAX 045-782-3329

E-Mail: info@idcc.jp URL: <http://idcc.jp>