

渥美病院健康管理センター行き

FAX



0531-22-9792

予防接種 申込書

※ 接種ご希望5日前までにお申し込みください。

第1希望日	20 年 月 日 ()												
第2希望日	20 年 月 日 ()												
フリガナ 氏 名	() 様 [男 ・ 女]												
生年月日	[S ・ H] 年 月 日 (歳)												
ご連絡先	※日中に繋がる番号をご記入ください。 — —												
ご住所	市 町												
ワクチン種類	<table><tr><td>☐ A型肝炎</td><td>☐ B型肝炎</td></tr><tr><td>☐ 麻しん</td><td>☐ 風しん</td></tr><tr><td>☐ 水痘</td><td>☐ 带状疱疹 50歳以上</td></tr><tr><td>☐ おたふく</td><td>☐ 破傷風</td></tr><tr><td>☐ 狂犬病</td><td>☐ 日本脳炎</td></tr><tr><td>☐ RSウイルス 60歳以上</td><td></td></tr></table>	☐ A型肝炎	☐ B型肝炎	☐ 麻しん	☐ 風しん	☐ 水痘	☐ 带状疱疹 50歳以上	☐ おたふく	☐ 破傷風	☐ 狂犬病	☐ 日本脳炎	☐ RSウイルス 60歳以上	
☐ A型肝炎	☐ B型肝炎												
☐ 麻しん	☐ 風しん												
☐ 水痘	☐ 带状疱疹 50歳以上												
☐ おたふく	☐ 破傷風												
☐ 狂犬病	☐ 日本脳炎												
☐ RSウイルス 60歳以上													

お電話でのお申し込みは・・・



0531-22-9698

平日13:30~16:00