

令和6年度 インフルエンザ予防接種 予約申込票 【FAX専用】

FAX申し込み～10月7日（月）以降

申込日 令和 6 年 月 日

住 所	士幌町字
申込者氏名	
お電話番号	
FAX番号	

※ 定期受診されている方 ※

受診時にインフルエンザの予防接種を希望する方は、「外来での予約」となります。
（この申し込み票での予約はできません）

◆ 接種希望者の **氏名や希望日等** を記入してください。 ※後日、予約状況をFAXにて回答します。

※病院記入欄（太枠）の欄は、病院での記入欄となりますので記入しないでください。

1（平日）
2（時間外）
3（休日）

接種日は、別紙カレンダーのとおり

平日	曜 日	接種時間	時間外	接種時間	休 日	接種時間
	水曜日	13:30～16:30		17:30～18:30		9:00～11:00
	木曜日	13:30～16:30				

2回接種のお子様は
小児科外来での接種となります

平日 小児科	曜 日	接種時間
	月曜日	14:00～16:00
	水曜日	9:00～11:30
	金曜日	14:00～16:00

※ご希望に添えない場合や申込内容の確認等で、当院から電話連絡をさせて頂く場合がございます。

ふりがな お名前	生年月日	年齢	接種希望日					
			第一希望		※病院記入欄	第二希望		※病院記入欄
(記入例) (びょういん たろう)	大正 ●年 昭和 ●月 平成 ●日 令和	●歳	① 平日 2 時間外 3 休 日	●月●日	可 予約 不可	① 平日 2 時間外 3 休 日	●月●日	可 予約 不可
病院 太郎								

① ()	大正 年 昭和 月 平成 日 令和	歳	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可
② ()	大正 年 昭和 月 平成 日 令和	歳	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可
③ ()	大正 年 昭和 月 平成 日 令和	歳	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可
④ ()	大正 年 昭和 月 平成 日 令和	歳	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可	1 平日 2 時間外 3 休 日	月 日	可 予約 不可

* 2回目接種日 令和 年 月 日 ()

～ 病院連絡事項 ～

令和6年度インフルエンザワクチン予防接種のお申し込みを頂きありがとうございます。
申込者様の予約は、**上記（太枠内に○印）**のとおり受付いたしました。

お知らせの「案内文書」と「問診票」は事前に郵送いたしません。
予約日時を忘れないように、ご注意ください。

河東郡士幌町字士幌西2線167番地
士幌町国民健康保険病院
電話：01564-5-2106
FAX：01564-5-5006