

令和2年度 インフルエンザ予防接種予約申込票(FAX専用)

申込日 令和 年 月 日

住所（駐在区）	
申込者氏名	
お電話番号	
F A X 番号	

※ 病院を定期受診されている方は、この申込票での予約はできません。定期受診に併せてインフルエンザの予防接種を希望される方は、「外来での予約」となりますのでご了承ください。

★接種希望者の**氏名や希望日時**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。

※予防接種実施日時は、次のとおりです。

- （平日）10月上旬または中旬（受付開始までには時期を確定します）
※接種時間 14:00～16:00
- （時間外）10月28日（水）11月4日（水）11月11日（水）11月18日（水）11月25日（水）
※接種時間 18:00～19:00
- （休日）未定
※接種時間 未定

	番号	時間帯
平日	①	14:00～14:30
	②	14:30～15:00
	③	15:00～15:30
	④	15:30～16:00

	番号	時間帯
時間外	⑤	18:00～19:00

	番号	時間帯
休日	/	

※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) 病院 太郎	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	○月○日 ① 平日 (①) 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可	○月○日 1 平日 () ② 時間外 (⑤) 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可

① ()	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可
② ()	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可
③ ()	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可
④ ()	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 1 平日 () 2 時間外 () 3 休日 () (上記に番号を記入してください)	可 予約 不可

* 2回目接種日 令和 年 月 日 () (: ~ :)

(病院連絡事項)

令和2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。
予約日が近づきましたら、お知らせの「案内文」と「問診票」を郵送させていただきますので、ご確認をお願いいたします。

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