

# 令和3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	土幌町字
申込者氏名	
お電話番号	
F A X 番 号	

※ 定期受診されている方で、受診に併せて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)

※ 他のワクチンを接種(2週間以内)されている方は、必ず接種日等を記入してください。

★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。

1 (平日) 10月27日(水)～12月30日(木) (※11月1日・22日、12月6日・27日を除く)
2 (時間外) 11月8日(月)、11月16日(火)、11月24日(水)、12月2日(木)、12月10日(金)
3 (休日) 11月13日(土)、11月27日(土)

平日	番号	時間帯	時間外	番号	時間帯	休日	番号	時間帯
	①	14:00～14:30		⑤	18:00～19:00		⑥	9:00～10:00
	②	14:30～15:00					⑦	10:00～11:00
	③	15:00～15:30						
	④	15:30～16:00						

※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) 病院 太郎	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	○月○日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可	○月○日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可
		歳	① 平日 ( ① ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )		② 時間外 ( ⑤ ) 3 休日 ( )	
			4 他のワクチン接種日(2週間以内) ワクチン名 ( ) ( 月 日 )			

① ( )	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可
		歳	1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )		1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )	
			4 他のワクチン接種日(2週間以内) ワクチン名 ( ) ( 月 日 )			
② ( )	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可
		歳	1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )		1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )	
			4 他のワクチン接種日(2週間以内) ワクチン名 ( ) ( 月 日 )			
③ ( )	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可
		歳	1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )		1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )	
			4 他のワクチン接種日(2週間以内) ワクチン名 ( ) ( 月 日 )			
④ ( )	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可	月 日 (上記の番号を記入してください)	可 予約 不可
		歳	1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )		1 平日 ( ) 2 時間外 ( ) 3 休日 ( )	
			4 他のワクチン接種日(2週間以内) ワクチン名 ( ) ( 月 日 )			

\* 2回目接種日 令和 年 月 日 ( ) ( : ~ : )

## (病院連絡事項)

令和3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