

《予約申込書》 インフルエンザ予防接種 12歳まで の方用 (2回接種)

この用紙にご記入の上、受付窓口にご提出ください

● お名前(フリガナ): _____

● 生年月日: 大正・昭和・平成・令和

_____ 年 _____ 月 _____ 日生

● 年 齢 : _____ 歳

● 診察券の番号: No. _____ または 初めて

● 電話番号: (_____) _____ - _____

● 携帯電話: (_____) _____ - _____

● 接種希望日: ※希望時間帯を数字でご記入ください

1回目 時間帯 ・ 2回目 時間帯

・第1希望: _____ 月 _____ 日() _____ ・ _____ 月 _____ 日() _____

・第2希望: _____ 月 _____ 日() _____ ・ _____ 月 _____ 日() _____

・第3希望: _____ 月 _____ 日() _____ ・ _____ 月 _____ 日() _____

公園北クリニック