**インフルエンザ等予防接種申込書および接種者名簿**

1. 事業所様名称：

ご住所　　　：　郵便番号

TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　E-mail：

担当責任者様名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

1. 期間**令和　　年　　月　　日より　　　　令和　　年　　月　　日まで**

接種予定者名簿(**出張接種の場合はお名前(太枠内)の記入のみで可**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（漢字およびフリガナ） | 生年月日 | 受診予定日 | 申込み時備考 |
|  |  | 男・女 | 昭　平 　　　.　　 . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |
|  |  | 男・女 | 昭　平 . . |  |  |
|  |

　　　　　　　　診療日：月～金　休診日：土日祝

診療時間:：午前8時30分から午後1時00分

午後4時から午後6時

〒236-0004　横浜市金沢区福浦1丁目5番―２

TEL　045‐782‐3321　　　　FAX　045‐782‐3329 　　 E-Mail: info@idcc.jp 　　　URL:http://idcc.jp