

# インフルエンザ予防接種登録票

この用紙は当院に受診歴がなく、診察券番号を初めて発行するかた専用用紙です。

FAX047-304-3303 へお送りいただくと、当日もしくは翌日以降の診療時間内にご希望の電話番号へ診察券番号をご連絡させていただきます。

連絡先は(自宅・携帯電話・他：           —           —           — ) (○をお付けください)

お名前	性別	生年月日	
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日
住所		電話番号	
〒           —		(自宅)	—       —
		(携帯)	—       —

と一緒に登録が必要なご家族がいらっしゃる場合は以下にもご記入をお願い致します。

お名前	性別	生年月日	
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日
(フリガナ)	男・女	大 昭 平 令	年   月   日