

インフルエンザワクチン接種予約申込書



FAX 0566-75-7516



必要事項をご記入の上、こちらのFAX番号へお送りください。

三河安城クリニックの 受診者ID (最大7桁)	※人間ドック・健診の個人結果表でご確認ください。 ※受診歴のある方は必ずご記入ください。 IDが確認できた方は希望日をできるかぎり優先します。 ※右詰めで記入してください。 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
フリガナ	
氏名	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____
電話番号①	(自宅・携帯・会社) _____ _____
電話番号②	(自宅・携帯・会社) _____ _____

受診希望日をご記入ください(健診実施日はホームページをご確認ください)

第1希望	月	日	第2希望	月	日	第3希望	月	日
------	---	---	------	---	---	------	---	---

御注意

- 新型コロナワクチン接種を予定または実施している場合、その前後2週間は予防接種を実施することはできません。
- 三河安城クリニックで人間ドック・健康診断を毎年受診されている方のご予約を優先しています。受診歴のない方は希望する日程で予約がとれないことがあります。