

インフルエンザ予防接種申込書(健保会館内接種専用)

*は該当項目を○で囲んでください。

申 込 者 1	保険証の 記号			保険証の 番号				
	氏名	フリガナ		資格区分 *	被保険者/被扶養者/ その他 (パート・アルバイト等)	性別*	男性	女性
	接種時 年齢	歳		日中の 連絡先				
	住所	〒 -						
	接種希望 日時 * (複数選択可)	1: 令和3年11月9日(火)	13:30~ 14:00	14:00~ 14:30	14:30~ 15:00	15:00~ 15:30	15:30~ 16:00	16:00~ 16:30
	2: 令和3年11月25日(木)	13:30~ 14:00	14:00~ 14:30	14:30~ 15:00	15:00~ 15:30	15:30~ 16:00	16:00~ 16:30	希望なし
<input type="checkbox"/> 私は別紙「会館内インフルエンザ予防接種をご希望の方へ」を確認しました。→チェックしてください。								

申 込 者 2	保険証の 記号			保険証の 番号				
	氏名	フリガナ		資格区分 *	被保険者/被扶養者/ その他 (パート・アルバイト等)	性別*	男性	女性
	接種時 年齢	歳		日中の 連絡先				
	住所	〒 -						
	接種希望 日時 * (複数選択可)	1: 令和3年11月9日(火)	13:30~ 14:00	14:00~ 14:30	14:30~ 15:00	15:00~ 15:30	15:30~ 16:00	16:00~ 16:30
	2: 令和3年11月25日(木)	13:30~ 14:00	14:00~ 14:30	14:30~ 15:00	15:00~ 15:30	15:30~ 16:00	16:00~ 16:30	希望なし
<input type="checkbox"/> 私は別紙「会館内インフルエンザ予防接種をご希望の方へ」を確認しました。→チェックしてください。								

◎申込先

郵送: 〒130-0005 墨田区東駒形1-16-1

FAX: 03-3624-7407(表裏確認の上送信してください。)

上記の方法が困難な場合は、「会館内インフルエンザ申込」とお電話いただきお申込書の内容をお伝えください。

電話03-3624-7423