予防接種関連 申込書

★太枠内をご記入ください

①希望日をご記入下さい。

第一希望日	年	月	日（	曜日）	病院記入欄
第二希望日	年	月	日（	曜日）	ID
第三希望日	年	月	日（	曜日）	予

※ご希望に添えない場合がございます

②氏名・生年月日・住所・連絡先をご記入ください。

（ふりがな） 氏名　　男 　　女	生年月日 昭和 平成 西暦　　年　　月　　日（　　）歳
住所　〒（　　－　　）	連絡先 （自宅）　－　　－ （携帯）　－　　－

③支払い方法・保険証の記号・番号・保険者番号を必ずご記入ください。

□ 個人支払	記号　【　　】 番号　【　　】
□ 補助あり（一部補助含む）⟶ □市町村国保【 大津市 ・その他（　　）】 □クーポン有り	保険者番号　【　　】

④ご希望のコースにチェックしてください。

予防接種	□風疹ワクチン	□麻疹ワクチン	□風疹・麻疹混合ワクチン
	□水痘ワクチン	□流行性耳下腺炎ワクチン	□B型肝炎ワクチン
	□肺炎球菌ワクチン	□子宮頚がんワクチン	□インフルエンザワクチン
	□その他ワクチン（　　）		
抗体検査	□風疹抗体検査	□麻疹抗体検査	□流行性耳下腺炎抗体検査
	□水痘抗体検査	□B型肝炎（HBs抗原）	□B型肝炎（HBs抗体）
	□C型肝炎（HCV抗体）	□その他抗体検査（　　）	

予約は当院からの連絡をもって確定となります。
FAXでのお申し込み後、2～3日経過しても連絡がない場合は、お電話でご連絡をお願いします。

【健診センターFAX番号：077－526－8347】

以下病院記入欄

受付	IDハート入力1	IDハート入力2	オーダー入力1	オーダー入力2

□全キャンセル ⟶ □IDハート削除済み

□一部キャンセル ⟶ □IDハート削除済み
（　　）

案内内容確認1	案内内容確認2	案内時間	案内発送	診察枠
				1診　2診

□ 便
□ ピ
□ 喀
□ 尿

備考