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）
第二希望日	年	月	日（	曜日）
第三希望日	年	月	日（	曜日）

※ご希望に添えない場合がございます

病院記入欄

ID

予

/ （ ）

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

☐ 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

記号【　】
番号【　】
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	☐流行性耳下腺炎ワクチン
	☐水痘ワクチン	☐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	☐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