

# 大阪府医師会保健医療センター受診者名簿

No. 枚目

(10月4日よりFAXで受け付けます。事業所用申込書も一緒にFAXしてください。)

保険証記号		※太枠は記入しないでください。						
保険証番号	氏名	続柄	生年月日	接種希望日		昨年度大阪府医師会で接種されましたか		資格確認
	カナ		昭和 平成	第一希望	第二希望			
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
	カナ		昭和 平成					
		本・家	年 月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	

申込み締切日 ・平成23年10月14日(金)正午 先着200名

申込みFAX番号 ・06-6944-4309

実施日程 ・平成23年11月1日(火)～12月6日(火)の各週火曜日のみ

受付時間 ・13:30～ (時間指定はできません。)

※接種日時に関しましては、ご希望にそえない場合がございます。また定員がオーバーした場合はお断りいたしますのでご了承ください。

受付番号