

結核予防会大阪府支部大阪総合健診センター受診者名簿

(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		接種決定日	決定受付時間	資格確認
カナ		本・家	昭和	平成	第一希望	第二希望			
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		
カナ		本・家	昭和	平成	月	日	月	日	
			年	月	日	月	日		

申込み締切日 ・平成23年10月14日(金) 先着200名
 申込みFAX番号 ・06-6944-4309
 実施日程 ・平成23年11月の月曜日から金曜日より実施予定
 受付時間 ・12時45分～15時30分(時間の指定はできません。)

※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