

インフルエンザ予防接種大阪支部用申込書（事業所用）

事業所記号（保険証記号）		事業所名	
送付先事業所住所	〒		
連絡先担当者名			
電話番号		F A X 番号	

（下記該当欄の番号に○をしていただき必要事項を記入してください）

1. 補助金申請書の送付を希望する。 () 名予定
補助金申請書を当健保ホームページ<http://www.phia.or.jp/>からダウンロードした場合、
この申込み用紙は不要です。

2. 委託機関での接種を希望する。（締切日時10月9日（金）16時）
（委託機関でのお申込みは大変混み合います。不備があった場合受付できませんので、十分お気を付けてください。）

大阪府医師会保健医療センター () 名

大阪府結核予防会大阪総合健診センター () 名

飯島クリニック () 名

※ 必ずこの申込用紙と一緒に別紙名簿を委託機関ごとに提出してください。
申込期間は10月1日（木）9時～10月9日（金）16時、F A Xにてお申込みください。

※ 申込み後それぞれの委託機関より決定の通知等が担当者様宛に送付されます。

申 込 先 出版健康保険組合大阪支部
住 所 〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-4
MF天満橋ビル9階

F A X 06-6944-4309

T E L 06-6944-4300