

大阪府医師会保健医療センター受診者名簿

No 枚目

(10月1日よりFAXで受け付けます。事業所用申込書も必ず一緒にFAXしてください。)

申込みが大変混み合います。記号番号等不備があった場合受け付けできませんので、十分気を付けてください。

| 保険証記号 | | 記号は必ずご記入ください | | | | | ※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 |
| | | | 昭和 平成 年 月 日 | 第一希望 月 日 | 第二希望 月 日 | 第三希望 月 日 | はい | いいえ | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |
| カナ | | 本・家 | | | | | | | |

申込み締切日 ・令和2年10月9日(金)16時 先着200名(予定)

申込みFAX番号 ・06-6944-4309

★実施日・時間につきましては、インフルエンザ予防接種ご案内でご確認ください。

※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