

# 大阪府結核予防会大阪総合健診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	性別	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	男・女	昭和	平成	第一希望	第二希望			
				年	月	日	月			
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					
カナ		本・家	男・女	昭和	平成	月	日			
				年	月					

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