

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付できませんので、十分気を付けてください。

保険証記号		記号・番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	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	
カナ		本・家	昭和 平成 年 月 日	月 日	月 日	月 日	はい	いいえ	

申込み締切日 ・令和3年10月8日(金)16時 先着160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。

※ワクチンの納入状況によりましては、中止する場合がございますのでご了承ください。

受付番号