

大阪府医師会保健医療センター接種者申込書

送信枚数 枚

(10月3日よりFAXで受け付けます。) ・特例退職・任意継続の方は事業所名の記入は必要ございません。

2枚目以降は健康保険証記号と事業所名のみで結構です。

健康保険証記号		事業所名		連絡先氏名		申込み人数	名
送付先事業所住所	〒			連絡先電話番号		FAX番号	

※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。

健康保険証番号は必ずご記入ください。(健康保険証の番号は各個人の番号です。)

※太枠は記入しないでください。

健康保険証番号	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
				第一希望	第二希望	第三希望			
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4年10月12日(水)17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。

※日時など、ご希望にそえない場合がございます。また定員オーバーやワクチンの納入状況によってはお断りいたしますのでご了承ください。

受付番号