令和5年度出版健保インフルエンザワクチン接種申込書（委託医療機関共用）

申込医療機関		備　　考	

健康保険証記号	事業所名	送付先〒	送付先事業所住所	担当者氏名	電話	FAX

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。）

健康保険証番号	氏　　名	カ　　ナ	性別	生年月日	第一希望日	第二希望日	第三希望日	備　考

送付先

・大阪府医師会保健医療センター　　メールアドレス　h-tomita@po.osaka.med.or.jp

・大阪府結核予防会大阪総合健診センター　　メールアドレス　plan@jata-osaka.or.jp

・飯島クリニック　　FAX番号　06-6243-5404

申　込　期　間　・令和5年10月2日（月）～10月13日（金）17時

★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1事業所での人数制限や中止する場合がございますのでご了承ください。