

●基本情報（必須）

※口は「レ印」で、基本情報および希望日等は、必ず御記入願います

フリガナ 氏名			申込日	年	月	日
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（ 歳）		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
現住所	〒 ー					
電話番号 (日中のご連絡先)	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先() <input type="checkbox"/> 自宅()					
(メールアドレス)						
希望する予防接種 (当院でおこなっている予防接種)	<input type="checkbox"/> A型肝炎(★) <input type="checkbox"/> B型肝炎(★) <input type="checkbox"/> 破傷風(★) <input type="checkbox"/> 二種混合(破傷風・ジフテリア) <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(MR) <input type="checkbox"/> ムンプス(おたふく) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 狂犬病(★) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(★) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(★)					
	(★)は複数回の接種が必要なワクチンです					
接種目的	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 海外渡航(渡航予定日: 月 日・渡航先:) <input type="checkbox"/> その他()					
接種希望日 (実施日は原則平日の午前中のみ)	◆第1希望日: 月 日()曜日 ◆第2希望日: 月 日()曜日 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> ()以外希望 <input type="checkbox"/> ()希望					
接種証明書	<input type="checkbox"/> 必要 (別途料金がかかります)			<input type="checkbox"/> 必要なし		
ご質問・ご要望(ご自由にご記入ください)						

※在庫などの事情により接種が困難な場合もありますので、事前にお電話でご確認ください

※お申込みをされても予約の確定ではありませんので、ご記入いただいたお申込書を健診センターまで送ってください。こちらから改めてご連絡いたします。

FAX 0197-24-9091 (健診センター専用)

メール kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp (健診センター専用)