

インフルエンザ

受診者	フリガナ				性別	
	氏名				男	女
住所	生年月日	大正 昭和	平成 令和	年 月 日生	才	
	住所					
保険加入者 との続柄	職業 (受診者)					
	電話番号					
帰省・里帰りの 場合連絡先	丁目 町	番 番地	号 様方	1. 仕事中的事故 2. 交通事故など 3. その他		
	☎ () - ()			必ず受付時に申し出て下さい		

H31.4.3000

1 2 ← 何回目? (今年度)
○を(こ)下す。

インフルエンザワクチン

T C

支払い (済・未)

※ 13才以上の方は(国接種)

- 等 3,500
- 等 1,500 (65才以上)
- 無料 (非課税)
↑ 証明証提出(可)