

# インフルエンザ予約受付票

ふりがな 氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所	
電話番号(携帯電話 可)	

✂ 当院にて切り取ります

# インフルエンザ予約受付確認票

氏名	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日
接種希望日	月 日( )

★接種希望日は、後日電話でご連絡いただいても構いません。

その場合、必ず10月末までには接種希望日をお知らせください。

松井医院 058-229-5655

受付日	/
受付者	