

## インフルエンザ予防接種申込書

令和 年 月 日

御社名	
ご住所	〒
担当者名	
電話番号	
FAX 番号	
E メール	
接種希望日	
接種予定人数	
接種会場 (住所)	
備考	

- ・日程は調整いたしますが、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- ・接種会場と接種予定人数はお決まりの場合ご記入ください。

共立蒲原総合病院 健康診断センター  
集団健診事業部  
静岡県富士市中之郷 2500-1  
TEL 0545-81-3325  
FAX 0545-56-2333