

東京都皮革産業健康保険組合 殿

常務理事	事務局長	課長	係長	係

# インフルエンザ予防接種申込書 (健保会館・契約健診機関及び巡回用)

事業所記号

予防接種希望会場(希望場所に○印を)		医療機関名
健保会館で接種		
契約健診機関で接種		
事業所へ出張		

保険証番号	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	年齢	接種希望日	備考
		男 女	昭			
		男 女	平			
		男 女	昭			
		男 女	平			
		男 女	昭			
		男 女	平			
		男 女	昭			
		男 女	平			
		男 女	昭			
		男 女	平			
		男 女	昭			
		男 女	平			

\*用紙が不足する場合は、コピーしてご使用ください。

上記のとおり 名申込みいたします。

所在地

事業所名

電話番号

担当者名

印

受付印