

FAX:03-3516-7174 東京クリニック 健診担当宛

< インフルエンザ予防接種 FAX申込書 >

申込日: 2020 年 月 日

団体名	所属団体名に○を付けてください。		
	○	SCSK健康保険組合(自己負担金:1,400円税込)	
保険証No.	(記号)	(番号)	
	(続柄:どちらかに○を付けてください。)		被保険者 ・ 被扶養者
氏名	(フリガナ)		
	様		
生年月日	西暦	年	月 日
連絡先	電話番号	-	-

接種希望日	申込み日より1週間後以降での日程をご記入ください。 先着順の予約制のため、満員で予約がおりできない場合は次のご希望日をお伺いいたします。 お申込後3日(土日除く)を経過しても当院より日程確定等のご連絡がない場合は、お手数ですがご連絡くださいますようお願いいたします。			
	第1希望	年	月	日 曜日(午後)
	第2希望	年	月	日 曜日(午後)
	第3希望	年	月	日 曜日(午後)

日程確定の連絡先	どちらかに○を付けてください。		
		電話	上記に記載していただいた電話番号に御連絡いたします。 留守番電話になっている場合はメッセージを残すことにより、日程確定のご連絡済みとさせていただきますのでご了承ください。
		FAX	FAX番号 - -
	FAX連絡時 使用欄		年 月 日() 受付時間 時 分 満員のためご予約をお取りできませんでした。 大変恐れ入りますが、改めてお申込くださいますようお願いいたします。 現在予約可能な日程は 月 日以降となっております。

医療機関使用欄	連絡日: /	連絡方法: TEL ・ 留守電 ・ FAX	連絡者:
---------	--------	-----------------------	------