

令和7年度 带状疱疹予防接種 予約申込票【FAX専用】

申込日	令和 年 月 日
住所	
申込者氏名	
お電話番号	
FAX番号	

【予約可能日】

以下の時間で予約をお願いします。

火曜日・木曜日 14:00～16:00

◆接種希望者の氏名や希望日等を記入ください。 ※後日、予約状況をFAXにて回答します。

ふりがな お名前	生年月日	接種希望日			
		第一希望	※病院記入欄	第二希望	※病院記入欄
(記入例) さいはく たろう 西伯 太郎	大(昭) ●●年●●月●●日 平・令	●月 ●日 (●曜日)	可 不可	●月 ●日 (●曜日)	可 不可
	大・昭 年 月 日 平・令	月 日 (曜日)	可 不可	月 日 (曜日)	可 不可
	大・昭 年 月 日 平・令	月 日 (曜日)	可 不可	月 日 (曜日)	可 不可
	大・昭 年 月 日 平・令	月 日 (曜日)	可 不可	月 日 (曜日)	可 不可

※ご希望に添えない場合や申込の内容の確認等で、当院から電話連絡をさせて頂く場合がございます。

～病院連絡事項～

令和7年度带状疱疹予防接種の申し込みを頂きありがとうございます。

申込者様の予約は、上記（太枠内に○印）のとおり受付いたしました。