

個人情報のため、FAX 送付ではなく、必ず郵便で送付してください。

令和 7 年度高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期予防接種
予診票等の送付を希望します。

施設名：

所在地：

事務担当者名：

電話番号：

接種予定の医療機関名：
及び医師名

広域予防接種に ☐入っている ☐入っていない ☐わからない
(該当する□に✓をしてください。)

接種者について

予診票等が必要な場合は
○、不要な場合は×を記
入して下さい。

氏名	フリガナ	生年月日	住所	予診票等	
				インフル	コロナ

※予診票・接種券は上記人数分、送付します。