

【送付先】東京保険医協会・庶務部行>>>FAX:03-5339-3449

※集団接種希望の場合

東京保険医協会 破傷風ワクチン無料接種申込書					
フリガナ					
氏名または代表者名					
生年月日	年	月	日生	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
連絡先	住所	〒			
	電話		FAX		
所属ボランティア団体名					
ボランティア行動 参加予定日		月 日() ~ 月 日()			
接種希望日 ※休日は除く・時間等は表面参照 ※複数ご記入ください		①	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後
		②	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後
		③	月	日()	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後
接種希望場所等 ※□にチェックしてください		<個別接種> <input type="checkbox"/> 赤羽根医院 <input type="checkbox"/> とよす内科クリニック <input type="checkbox"/> 関町内科クリニック <input type="checkbox"/> よしだ内科クリニック <input type="checkbox"/> 鶴田クリニック <input type="checkbox"/> ミルディス小児科耳鼻科 <input type="checkbox"/> 堀内科クリニック <input type="checkbox"/> 細部小児科クリニック <input type="checkbox"/> 一之江けいゆう整形外科クリニック <input type="checkbox"/> 須田クリニック <input type="checkbox"/> 樹のはなクリニック <input type="checkbox"/> 成瀬医院 <input type="checkbox"/> 吉利医院 <input type="checkbox"/> 日暮里医院 <input type="checkbox"/> 新小岩北口診療所 <input type="checkbox"/> 井上博文クリニック <input type="checkbox"/> はちせい健友クリニック			

は、東京保険医協会まで別途ご連絡ください。

※個別接種希望の場合は、接種場所・日時が決まりましたらご連絡いたします。

東京保険医協会

〒160-0023 新宿区西新宿3-2-7 KDX新宿ビル4階

TEL:03-5339-3601 FAX:03-5339-3449