

## 企業インフルエンザ予防接種申込書

以下の項目に必要事項をご記入の上、FAX又はメールにてお申し込み下さい。

申込日 年 月 日

### ●企業様情報記入欄

|        |     |       |     |
|--------|-----|-------|-----|
| フリガナ   |     | フリガナ  |     |
| 企業名    |     | 担当者   |     |
| 所在地    | 〒   |       |     |
| 電話番号   | ( ) | FAX番号 | ( ) |
| E-mail | @   |       |     |

### ●インフルエンザ予防接種お申込内容

※該当する箇所に☑をご記入ください

|                             |                                                                                                                   |      |   |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|
| 当院でインフルエンザ予防接種を受けたことはありますか。 | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降                                                        | 接種人数 | 名 |
| 請求方法                        | <input type="checkbox"/> 本人請求（当日支払い） <input type="checkbox"/> 会社請求（月末一括支払い）<br>※会社請求の場合、月末締め翌月15日に御社へ請求させていただきます。 |      |   |
| 東振協企業<br>（該当の場合）            | 保険者名：                                                                                                             |      |   |

### ●その他ご希望、ご質問等

|  |
|--|
|  |
|--|

※ 一般の患者さんと同じ予約枠での接種となりますので、数人ずつ分かれてのご予約となる場合がございます。

※ お申し込み後は、内容を確認したのち担当からご連絡させていただきます。

医療法人社団 葵会 新潟聖籠病院  
〒957-0124  
新潟県北蒲原郡聖籠町蓮野5968-2  
TEL：025-256-1010  
FAX：025-256-1515  
Mail：niigataseiro.kenshin@aoikai.jp  
医事課 健診担当