

インフルエンザワクチン接種申し込み書

テナント名 階

(連絡先:)

今季のインフルエンザワクチン接種の受付を開始しました。

ワクチン料金は一律3,500円(税込)

下記に必要事項をご記入の上、サーモセルクリニックまでお申し込みください。

ただし、サーモセルクリニックに受診歴のある方はお名前と生年月日以外は空欄で構いません。

申込書は直接お持ちいただく以外に、メール(mail@thermo-cc.com)で受け付けております。

ご不明点はお電話にてお問い合わせ下さい。

希望日時

	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女
	フリガナ 氏名		住所	〒	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話番号		男 女