

新横浜かとうクリニック FAX 045-478-6182

新型インフルエンザワクチン

優先接種予約申込書

(費用は、1人1回 6,500円)

① 希望者名 (男性・女性)
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
優先理由 番号 ()

② 希望者名 (男性・女性)
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
優先理由 番号 ()

③ 希望者名 (男性・女性)
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
優先理由 番号 ()

④ 希望者名 (男性・女性)
生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
優先理由 番号 ()

住所 〒 横浜市 区
電話番号 () -

下記の中からお選びください。

- ① 医療従事者 ② 糖尿病 ③ 癌 ④ 妊婦 ⑤ 喘息 ⑥ リウマチ・アレルギー疾患
- ⑦ 小児 (1歳から小学校3年生) ⑧ 1歳未満の乳児の保護者 ⑨ 小学校4年生から高校生
- ⑩ 高齢者 65歳以上 ⑪ ①から④までの同居家族 ⑫ ⑤から⑦までの同居家族
- ⑬ その他

*順次、新型インフルエンザワクチンが届き次第、連絡させていただきます。