インフルエンザワクチン出張接種申込書

フリガナ 会社名			
フリガナ 担当者名			
住所	〒		
出張先住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
接種	出張接種		
接種希望日	希望月　　１０月　・　11月　・　12月		
	その他、曜日、時間などのご希望がありましたらご記入下さい。		
接種予定人数	約　　人		
支払方法	個人負担　　・　　企業負担		
	＊個人負担の場合は当日現金でお支払いをお願い致します。（PayPayも可） ＊企業負担の場合は後日請求書を発行いたします。現金または振込でお願い致し		
東振協利用	あり　・　なし		

出張接種申込書は9月20日までに、FAX、郵便、メールのいずれかの方法にてお送り下さい。

後日、日程調整のご連絡をいたしますが、ご希望に添えない場合もあります。

医療法人誠和会
正田病院

〒379-0116　群馬県安中市安中1-16-32
TEL:　０２７-３８２－１１２３
FAX:　０２７-３８２－５３１６

MAIL:s.kamiishi@shodahospital.jp