

渡辺病院 宛
FAX:072-985-5454



訪問インフルエンザワクチン接種
予約申し込みFAX用紙

会社名			
住所	〒 —		
電話番号	— —	(ふりがな) () 担当者名	
FAX番号	— —		
訪問接種場所が 上記と異なる場合	〒 —		
電話番号	— —	(ふりがな) () 担当者名	
FAX番号	— —		
請求書送付先が 上記と異なる場合	〒 —		

下記にご希望の日時をご記入いただき、ご返信ください。
確認後、担当者より連絡いたします。※日曜日、祝日は除きます。

希望人数		名	
第1希望	月	曜日	時 分
第2希望	月	曜日	時 分
第3希望	月	曜日	時 分

その他、ご質問等ございましたらご記入ください