

【送付先】東京保険医協会・庶務部行>>>FAX:03-5339-3449

東京保険医協会 破傷風ワクチン無料接種申込書				
フリガナ				
氏名または代表者名				
生年月日	年	月	日生	性別 □男・□女
連絡先	住所	〒		
	電話		FAX	
所属ボランティア団体名				
ボランティア行動 参加予定日		月 日()～ 月 日()		
接種希望日 ※休日は除く・時間等は表面参照 ※複数ご記入ください		①	月	日() □午前・□午後
		②	月	日() □午前・□午後
		③	月	日() □午前・□午後
接種希望場所等 ※□にチェックしてください		<個別接種> ☐ 細部小児科クリニック ☐ 堀内科クリニック ☐ 赤羽根医院 ☐ とよす内科クリニック ☐ 日暮里医院 ☐ ミルディス小児科耳鼻科 ☐ 新小岩北口診療所 ☐ 一之江けいゆう整形外科クリニック ☐ 須田クリニック ☐ 樹のはなクリニック ☐ 成瀬医院 ☐ 吉利医院 ☐ 鶴田クリニック ☐ よしだ内科クリニック ☐ 関町内科クリニック ☐ 井上博文クリニック ☐ はちせい 健友クリニック		

※集団接種希望の場合は、東京保険医協会まで別途ご連絡ください。
 ※個別接種希望の場合は、接種場所・日時が決まりましたらご連絡いたします。

東京保険医協会

〒160-0023 新宿区西新宿 3-2-7 KDX新宿ビル 4 階

TEL:03-5339-3601 FAX:03-5339-3449