

# 【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	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
連絡先	住所	〒				
	電話			MAIL		
				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 ( )		
どちらへ復旧支援に行かれますか？						
今回の破傷風ワクチン無料接種事業をどこで知りましたか？		<input type="checkbox"/> ボランティアセンター（名称： ） <input type="checkbox"/> 協会HP <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
接種希望日		①	月	日 ( )	午前・午後	時頃
※休日は除く・時間等は表面参照		②	月	日 ( )	午前・午後	時頃
※複数ご記入ください		③	月	日 ( )	午前・午後	時頃
接種希望場所等		<個別接種> <input type="checkbox"/> 細部小児科クリニック <input type="checkbox"/> 堀内科クリニック <input type="checkbox"/> 赤羽根医院 <input type="checkbox"/> とよす内科クリニック <input type="checkbox"/> あさわクリニック初台 <input type="checkbox"/> 日暮里医院 <input type="checkbox"/> ミルディス小児科耳鼻科 <input type="checkbox"/> 新小岩北口診療所 <input type="checkbox"/> 一之江けいゆう整形外科クリニック <input type="checkbox"/> 須田クリニック <input type="checkbox"/> 樹のはなクリニック <input type="checkbox"/> 成瀬医院 <input type="checkbox"/> 吉利医院 <input type="checkbox"/> 鶴田クリニック <input type="checkbox"/> よしだ内科クリニック <input type="checkbox"/> 関町内科クリニック <input type="checkbox"/> 井上博文クリニック <input type="checkbox"/> はちせい健友クリニック				
※ <input type="checkbox"/> にチェックしてください						

※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。

※お預かりした個人情報につきましては、当該事業にのみ使用いたします。

## 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