

【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			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 ()				
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？		☐ ボランティアセンター（名称： ） ☐ 協会HP ☐ 紹介 ☐ その他（ ）				
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 時頃 ② 月 日 () 午前・午後 時頃 ③ 月 日 () 午前・午後 時頃				
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 ☐ あさわクリニック初台 ☐ 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。

※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