

【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 ()				
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？		☐ 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		<接種実施医療機関> ☐ 明和病院 ☐ 岡崎ハートクリニック ☐ 細部小児科クリニック ☐ 堀内科クリニック ☐ 東京タワービュークリニック麻布十番 ☐ 大手町さくらクリニックin豊洲 ☐ とよす内科クリニック ☐ 赤羽根医院 ☐ 熊野前医院 ☐ 日暮里医院 ☐ みきこどもクリニック ☐ 樹のはなクリニック ☐ 表参道皮膚科 ☐ あさわクリニック初台 ☐ 成瀬医院 ☐ 吉利医院 ☐ 藤澤こどもクリニック ☐ 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 ☐ 双葉会診療所				

※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