

予防接種申込書（海外渡航用）



医療法人大香会 西真岡こどもクリニック

TEL:0285-81-7900 FAX:0285-81-7901

受診希望日時 第1希望 _____ 火・水・木・金 の午前
第2希望 _____ または
第3希望 _____ 火・水・木 15:30~16:30

(フリガナ)

受診者名 _____

生年月日 _____

年齢 _____

会社名/学校名 _____

住所 〒 _____

連絡先 (都合がいい時間帯/曜日あれば記載下さい)
自宅 or 携帯 _____

希望予防接種 相談のみ A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 狂犬病 破傷風
腸チフス コレラ ポリオ ダニ脳炎 髄膜炎菌
その他 (_____)

支払方法 窓口 カード 請求書
※請求書の場合 請求先 _____

渡航先(国と市) _____

渡航目的 _____

渡航時期/年日数 _____

英文診断書 必要 不要 (いつまでに必要か) _____

受け渡し方法(必要な場合) 当日郵送 後日郵送 来院 _____

母子手帳の英訳 必要 不要 (いつまでに必要か) _____

受け渡し方法(必要な場合) 当日郵送 後日郵送 来院 _____

その他 _____