

2025 インフルエンザ予防接種・予約申込書

太枠内ご記入下さい

申込日：R7・・

郵便番号： 〒 —	住所：
電話番号： — —	

ワクチンの種類を選んでください

- ① 注射型（従来通りの皮下注射）※13才未満は2回接種（2回目は2週間後以降）¥4000/1回
 ② 鼻スプレータイプ(2-18才対象：生ワクチン)※1回接種のみで効果は1年間¥8000/1回（数量限定）

診察 No	カ ナ	年齢 性別	生年月日	希望日		ワクチン種類 ①or②
	氏 名			1 回目	2 回目	
	カナ	(才)	・	/ ()	/ ()	
		男 ・ 女		AM ・ PM	AM ・ PM	
	カナ	(才)	・	/ ()	/ ()	
		男 ・ 女		AM ・ PM	AM ・ PM	
	カナ	(才)	・	/ ()	/ ()	
		男 ・ 女		AM ・ PM	AM ・ PM	
	カナ	(才)	・	/ ()	/ ()	
		男 ・ 女		AM ・ PM	AM ・ PM	
	カナ	(才)	・	/ ()	/ ()	
		男 ・ 女		AM ・ PM	AM ・ PM	

2025 インフルエンザ予防接種・予約券

診察券 No	カナ (氏名)	1 回目	AM ・ PM ・ 集団	2 回目	AM ・ PM ・ 集団
		/ ()	AM ・ PM ・ 集団	/ ()	AM ・ PM ・ 集団
		/ ()	AM ・ PM ・ 集団	/ ()	AM ・ PM ・ 集団
		/ ()	AM ・ PM ・ 集団	/ ()	AM ・ PM ・ 集団
		/ ()	AM ・ PM ・ 集団	/ ()	AM ・ PM ・ 集団
		/ ()	AM ・ PM ・ 集団	/ ()	AM ・ PM ・ 集団

※接種料金①注射型¥4000/1回につき・②鼻スプレー型¥8000/1回

この予約券と問診票を受付にお出しください。13歳未満のお子様は母子手帳をご持参ください。

当日はご自宅で体温測定を済ませてお越しください、未測定の場合は順番が遅くなってしまいます。

混雑時は待ち時間が長くなることがありますが、ご了承ください。

○一般診察日：時間指定はありません、予約の日の診察時間内にご来院ください（PMは6時頃までに）。

○集団接種日：①10/18（土）②11/15（土）受付 12:00～13:00、接種開始 12:30～終わり次第終了。

※予約日に来院出来ない場合は必ずご連絡ください。

おくやしきクリニック

Tel 0564-57-5353