2026 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：R8・　　・

郵便番号： 〒　　—	住所：
電話番号：　　—	—

ワクチンの種類を選択してください。

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)

診察券 No	カ　ナ 氏　名	年齢 性別	生年月日	希望日 1回目	希望日 2回目	ﾜｸﾁﾝ種類 ①or②
	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	

2026 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：①10/17（土）②10/31（土）受付 12:00～

※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