

H29

インフルエンザ予防接種希望者名簿

★★太枠内にご記入をお願いいたします。★★

合計人数	貴社名	ご住所	ご担当様	TEL	FAX
名	様				

ID	No.	フリガナ 氏名	性別	〒	住所	生年月日	電話番号	備考
	1	様	男女					
	2	様	男女					
	3	様	男女					
	4	様	男女					
	5	様	男女					
	6	様	男女					
	7	様	男女					
	8	様	男女					
	9	様	男女					
	10	様	男女					

★ご記入後にFAXをお願い致します

いしかわ内科クリニック FAX (0197) **67-5110**