

## 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					

ID	No.	フリガナ 氏名	性別	〒	住所	生年月日	電話番号	備考(接種希望日等)
	1		男女					
	2		男女					
	3		男女					
	4		男女					
	5		男女					
	6		男女					
	7		男女					
	8		男女					
	9		男女					
	10		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**