**渡航外来申込書**

**＊**正しいワクチン接種のため、過去のワクチン接種歴を確認する必要があります。

　　**母子健康手帳**などワクチン接種歴が確認できるものを**併せてお申し込み**ください**。**

（フリガナ）

**お**名前：　　　　　　　　　　　　　　　性別：男・女

生年月日：　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　才

連絡先電話番号：

渡航先：　　　　　　　　　　　　　　　渡航期間：

渡航目的：　　　　　　　　　　　　　　　（出発日）

受診希望日：　　　　年　　月　　日（　　曜日）

**＜月・水・金　PM2時～4時　完全予約制＞**

希望ワクチン：□A型肝炎

　　　　　　　□B型肝炎

　　　　　　　□狂犬病

　　　　　　　□破傷風

　　　　　　　□日本脳炎

　　　　　　　□髄膜炎