渡航外来申込書

下記の注意点をご確認の上、枠内を記入後FAXまたはメール添付にてお申し込みください。

＊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。

＊ワクチン接種予約後のキャンセルは、ご遠慮ください。

診察券ID					
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳	性別	男　・　女
フリガナ		TEL			
氏名		E-mail			
住所	〒				

渡航先	国　：	渡航日	年　　月　　日
	都市　：	渡航期間	
渡航目的	☐ 仕事　☐ 帯同家族　☐ 留学　☐ 旅行　☐ ボランティア ☐ その他（　　）		

受診希望日	①　　年　　月　　日　（　　曜日） ②　　年　　月　　日　（　　曜日） 申込書の内容確認後、当院から電話で初回診察日時等についてご案内します。

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
	☐ 3種混合	☐ 麻疹・風疹	☐ ポリオ
	☐ おたふくかぜ	☐ 水痘	

尾﨑病院　外来
TEL：0857-28-6616
FAX：0857-31-0730
mail：gairai@ozakihp.or.jp

R6.8.13改正