

令和4年度 インフルエンザワクチン申込用紙

ひろせ耳鼻咽喉科

記入して、診療時間内に窓口までお越しください。

① お名前(ふりがな), 生年月日, 連絡先などをご記入下さい。

ふりがな		
お名前(漢字)	姓)	名)
生年月日	T・S・H・R	年 月 日
電話番号	-	-
当院受診歴	あり → 診察券番号	
	なし → 住所	〒 -

② 当てはまる自己負担額を丸でお囲み下さい。

接種時年齢		自己負担額	公費負担	回数
3才~12才	(1回分の負担額です→)	3000	なし	2回
13才~59才		3500	なし	1回
60才~64才	下記 ↓ 以外	3500	なし	1回
	身体障害1級程度(心, 腎, 呼吸, HIVによる免疫機能障害)	0	有*)	1回
65才以上	←接種日時点です	0	有*)	1回

*) 公費が利用できるのは堺市に住民登録のある方に限ります。

③ 接種日時 (表の○の枠が接種可能です。)

下の表で接種可能な枠を○で囲んでください。
特にご希望がない方は、無記入で構いません。

接種時間枠	月	火	水	木	金	土
9:30、10:00、10:30、11:00、11:30	×	○	○	○	×	○
16:00、16:30、17:00、17:30、18:00	○	○	×	×	×	×

☆ 13才未満の方は、2回目の予約も初回予約時にお取りください。