

インフルエンザ予防接種巡回実施（事業所・健保会館）申込書
（名古屋セントラルクリニック実施分）

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

印

申込 番号	事業所名称 (本・支店名) 事業所所在地	電話番号 担当者氏名	申込者数						実施希望場所		*1.ご希望の日時	
			被保険者		被扶養者		計		*1 事業所	健保 会館		
			男	女	男	女	男	女				
No.	() (〒 -)	()									①	月 日 時
											②	月 日 時
											③	月 日 時
No.	() (〒 -)	()									①	月 日 時
											②	月 日 時
											③	月 日 時
No.	() (〒 -)	()									①	月 日 時
											②	月 日 時
											③	月 日 時
No.	() (〒 -)	()									①	月 日 時
											②	月 日 時
											③	月 日 時
No.	() (〒 -)	()									①	月 日 時
											②	月 日 時
											③	月 日 時
備考												

《注意事項》

※インフルエンザ予防接種巡回実施を希望される場合は、この申込書に申込（実施）者連名簿を添えて、当組合総務課へご提出ください。

なお、健保会館での実施を希望される場合もこの申込書に申込（実施）者連名簿を添えて、当組合総務課へご提出ください。

※巡回実施による接種方法は1回法といたします。

※接種に伴う出張料はありません。

※ご記入いただきました事項につきましては、インフルエンザ予防接種実施の目的以外には使用いたしません。