

R6年コロナワクチン・インフルエンザワクチン接種希望者リスト

リスト① つつみクリニック福岡患者様用

貴施設名

TEL - -

FAX - -

ご担当者名

ご返信日：R6. . .

つつみクリニック使用欄

No.	コロナ (○)	インフル (○)	フリガナ 氏名	生年月日 (和暦)	年齢	生活保護 (○)	住民票と 一致する 市町村	限度額 認定証 の有無	支払方法	インフル 実施日	コロナ 実施日
1				. .				有・無	現・銀・口	/	/
2				. .				有・無	現・銀・口	/	/
3				. .				有・無	現・銀・口	/	/
4				. .				有・無	現・銀・口	/	/
5				. .				有・無	現・銀・口	/	/
6				. .				有・無	現・銀・口	/	/
7				. .				有・無	現・銀・口	/	/
8				. .				有・無	現・銀・口	/	/
9				. .				有・無	現・銀・口	/	/
10				. .				有・無	現・銀・口	/	/
11				. .				有・無	現・銀・口	/	/
12				. .				有・無	現・銀・口	/	/
13				. .				有・無	現・銀・口	/	/
14				. .				有・無	現・銀・口	/	/
15				. .				有・無	現・銀・口	/	/

施設様からの連絡事項

日程調整で接種ができない日があればお知らせください

- * 市町村の記載は住民票のご住所を確認して記載をお願いします
- * 生活保護の方で65歳未満の方は任意接種となります
- * 氏名/フリガナの記載を正確にお願い致します (カルテ照合のため)

【連絡先・担当窓口】 看護：小島・中村 事務：大塚・松浦
TEL 092-273-2222 FAX 092-273-2221
E-mail fukuokainfo@tsutsumiclinic.net

接種希望者が15名以上になる場合は、こちらの表をコピーしてご使用ください。ご協力お願い致します