

R7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② 他院患者様・職員様用

貴施設名

TEL — —

FAX — —

ご担当者名

ご返信日：R7. . .

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	つつみクリニック使用欄	
									インフル 実施日	コロナ 実施日
1				. . .				有・無	/	/
2				. . .				有・無	/	/
3				. . .				有・無	/	/
4				. . .				有・無	/	/
5				. . .				有・無	/	/
6				. . .				有・無	/	/
7				. . .				有・無	/	/
8				. . .				有・無	/	/
9				. . .				有・無	/	/
10				. . .				有・無	/	/
11				. . .				有・無	/	/
12				. . .				有・無	/	/
13				. . .				有・無	/	/
14				. . .				有・無	/	/
15				. . .				有・無	/	/

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致します
- * 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をお願い致します (カルテ照合のため)
- * コロナワクチンのヌバキソビットをご希望の方は◎で記載してください

【連絡先・担当窓口】 担当院へご連絡ください

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

※接種当日は一つのフロアにお集まりいただき、接種がスムーズに行えるようにご協力お願い致します。