

新型コロナワクチン接種

接種希望者リスト

貴施設名 _____

ご返信日 R5 . .

TEL _____

※ご返信締切：R5.9.29(金)

FAX _____

ご担当者氏名 _____ 役職 _____

接種医療機関

つつみクリニック福岡

No.	氏名	年齢	生年月日	対象者	今回 接種回数	前回の接種日	接種券 予診票	その他	接種 実施日
1			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
2			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
3			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
4			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
5			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
6			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
7			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
8			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
9			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
10			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
11			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
12			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
13			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
14			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/
15			. .	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	()回目	R5. .	有・無		/

●接種期間(現時点)… 10/4 (水) ~12/22 (金)

返答いただいた順に、接種スケジュールを作成いたします。

《接種ができない日時があれば下記にお知らせください》

【担当窓口】

医療法人徳隣会 つつみクリニック福岡

事務 松浦・椎木

TEL : 092-273-2222

FAX : 092-273-2221

※インフルエンザワクチンについてのお問い合わせは、西クリニックへお願い致します。

※接種希望者が15名を超える際は、
用紙をコピーしてご使用ください。
ご協力宜しくお願いいたします。