

# 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② 他院患者様・職員様用

貴施設名 \_\_\_\_\_

TEL           —       —

FAX           —       —

ご担当者名 \_\_\_\_\_

## 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	支払方法	インフル 実施日	コロナ 実施日
1				. . .				現・銀・口	/	/
2				. . .				現・銀・口	/	/
3				. . .				現・銀・口	/	/
4				. . .				現・銀・口	/	/
5				. . .				現・銀・口	/	/
6				. . .				現・銀・口	/	/
7				. . .				現・銀・口	/	/
8				. . .				現・銀・口	/	/
9				. . .				現・銀・口	/	/
10				. . .				現・銀・口	/	/
11				. . .				現・銀・口	/	/
12				. . .				現・銀・口	/	/
13				. . .				現・銀・口	/	/
14				. . .				現・銀・口	/	/
15				. . .				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）

【連絡先・担当窓口】 看護：森野、鎌田 事務：山崎、高橋、横山  
 TEL 03-5830-0260 FAX 03-5830-0261  
 E-mail info-ueno@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