

新型コロナウイルス・インフルエンザワクチン

接種希望者リスト

貴施設名 **施設名**

ご返信日 R5 . .

TEL — —

※ご返信締切：R5.9.29(金)

FAX — —

接種医療機関

ご担当者氏名 **ご担当者様名** 役職

つつみクリニック福岡

No.	同時接種 (○)	インフル のみ(○)	氏名	年齢	生年月日	市町村	限度額認 定証の有 無	対象者	前回のコロナワ クチン接種日	コロナワ クチン 予診票	インフル 実施日	コロナ 実施日
1	○		つつみ たろう	65	. .	福岡市内 市外()	有 無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5. 6 . 15	有・無	/	/
2		○	ふくおか はなこ	40	. .	福岡市内 市外(北九州市)	有 無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5. 9 . 1	有 無	/	/
3	×		はかた じろう	70	. .		有 無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5	有・無	/	/
4			はかた いちろう	95	. .		有・無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員			/	/
5					. .	福岡市内 市外()	有・無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員			/	/
6					. .	福岡市内 市外()	有・無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5. .	有・無	/	/
7					. .			当院ご利用者			/	/
8					. .			職員			/	/
9					. .			当院ご利用者			/	/
10					. .			他院ご利用者			/	/
11					. .			職員			/	/
12					. .			当院ご利用者			/	/
13					. .			他院ご利用者			/	/
14					. .	福岡市内 市外()	有・無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5. .	有・無	/	/
15					. .	福岡市内 市外()	有・無	当院ご利用者 他院ご利用者 職員	R5. .	有・無	/	/

住民票のある市町村を記載

前回接種から3ヶ月経過したのち接種可能

①同時接種希望の場合は、同時接種の欄に「○」
 ②同時接種不可の場合は、同時接種の欄に「×」
 ③インフルエンザワクチンのみ希望の場合は、インフルのみの欄に「○」
 ④コロナワクチン接種のみ希望の場合は、どちらの欄も「空欄」にて提出ください。

●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≫

3に記載の●●様：透析火木土のため不在
 施設都合にて水曜9：00～12：00は不可
 20名ずつ2回にグループ分けての接種希望

【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

※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。