

肺炎球菌ワクチン接種申込書

診察券番号

氏名・年齢 () 歳

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住所 〒

電 話 自 宅 携 帶

接種希望日 第一希望 月 日 () 午前・午後

第二希望 月 日 () 午前・午後

第三希望 月 日 () 午前・午後

オージェイクリニック

大阪市西区京町堀 3-4-20 □イタルハイツ1階

TEL 06-6443-2191 FAX 06-6443-2192