

## 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 携帯

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 ロイヤルハイツ1階

TEL06-6443-2191 FAX 06-6443-2192