

予 防 接 種 申 込 書

ローマ字			
受ける人の氏名 (保護者の氏名)	男・女	生 年 月 日	西 暦
	歳		年 月 日
御 住 所	〒	電 話 番 号	
		携 帯 番 号	

海外渡航先はどこですか？ 国名 () 都市名 ()			
海外渡航の出発予定日はいつですか？		年 月 日	出発予定
海外にどのくらいの期間行かれますか？		年 ヶ月	日間
渡航目的は何ですか？ 仕事・帯同家族・観光・留学・永住・その他()			
希望されるワクチンに○をつけてください。 1) 破傷風 2) DPT 3) DT 4) A型肝炎 5) B型肝炎 6) 日本脳炎 7) 狂犬病 8) ポリオ 9) 麻疹 10) 風疹 11) MR 12) ムンプス 13) 水痘 14) その他()			

(病院控)

来院日(西暦)	破傷風	DPT	A型肝炎	B型肝炎	日本脳炎	狂犬病		
年 /								
年 /								
年 /								
年 /								
年 /								

(患者様控)

* 受付時間; 月・火・水・木・金・土曜 午前(9:00~11:00 まで)

予防接種を受ける人の氏名

様

水・金曜 午後(13:00~15:00 まで) 祝日 休

来院日(西暦)	破傷風	DPT	A型肝炎	B型肝炎	日本脳炎	狂犬病		
年 /								
年 /								
年 /								
年 /								
年 /								



〒631-0061 奈良県奈良市三碓町 2143-1 Tel.0742-51-8700 Fax.0742-51-8500

医療法人 拓生会 奈良西部病院

Medical Corporation, Takuseikai, Nara Seibu Hospital 2143-1 Mitsugarasu Nara City Nara 631-0061, Japan

TEL (+81) 742-51-8700 FAX (+81) 742-51-8500