

◆企業インフルエンザ予防接種確認事項

住所	〒	—	ご担当者様
会社名			
電話番号		FAX番号	

●希望支払方法	当日支払い ・ 振込 ※振込希望の場合、希望者全員へ接種が完了次第請求書を作成致します。
●請求書送付先 ※振込希望の場合はご記入下さい。	〒
●接種希望時期	
●接種希望曜日	
●人数 (依頼時のおおよその人数で結構です)	
※当院にご来院いただき接種となります。人員都合により貴社へお伺いして接種は行っておりません。	
<備考欄> ※上記以外にご希望等があればご記入下さい。	

◆必要項目を記載のうえFAXにてご送信下さい。

内容を確認した後に担当者よりご連絡をさせていただきます。

**FAX : 048-782-8769**

**ドクターランド大宮 行**