

金澤なかでクリニック インフルエンザ予防接種 申込書【企業用】

返信はこちら↓

診療部行 FAX:076-239-0006

申込日 年 月 日

①	会社名	
②	所在地	
③	御担当者	
④	電話番号	
⑤	FAX番号	
⑥	ご希望の 接種期間	年 月 日 ~ 年 月 日
⑦	窓口負担	なし（全額会社負担） ・ あり（ ）円
⑧	支払方法	振り込み ・ 窓口で支払い
⑨	支払予定日	当月 ・ 翌月 ・ 翌々月 _____日
⑩	請求書の 郵送先	〒
⑪	備考	例)会社指定の請求様式あり など ・ ・

◇接種者リスト(名前・フリガナ・生年月日を記載のもの)と合わせてご返信ください。

◇追加や変更(キャンセル等)の場合は、接種者リストを訂正したものをFAXして下さい。

医療法人社団ヤベツ会

金澤なかでクリニック

〒920-8217 金沢市近岡町294番地7

TEL:076-239-1010 FAX:076-239-0006

※事務処理欄

	企業リスト	報告書
日付	/	/
対応者		