【予防接種申込書】①

DAIDO MEDICAL SQUARE 予防接種·海外渡航相談

E-mail: dms-yobou@daidohp.or.jp

TEL: 052-211-8443 FAX: 052-211-8459

下記の枠内に記入後、E-mailにて送信して下さい。申込書は①、②と分かれています。

記入漏れがあると、返答が遅れることがありますのでご確認のうえご記入下さい。

(お持ちの方は)診察券番号						TEL				
生年月日		年	月	日		E-mail				
ふりがな						性別		男	口 女	
氏名					様	こちらん	こローマ字氏	毛名 を記載して	下さい	
住民票登録がある住所	₹									
希望する予約日時	年	月	B	時間]	※渡航日ま	でに、一時出	出張などで名古	·屋を	
第1希望日時				:		離れる予定の	のある方は、	ご予定をご記	入ください。	
第2希望日時				:						
<ご予約可能日> 月	曜~金曜	13:30	~15:30							<u>'</u>
渡航目的	□ 仕事	□ 帯同	家族	留学 □ 旅行	- 🗆	一時帰国	□ その(也()
				・ ・ ド防接種要項など ・ で ・ で ・ で を で を を を を を を を を を を を を		_ , , ,				
	国 :							年		日
渡航先	州・市:					渡航日	□ 未定			
>œ &┴ ## BB		□ 年	□ ヶ月	□ 週 □	日	一時帰国		年		日
渡航期間	□ 未定					の予定	□ 未定			
希望ワクチン または 検査項目	相談し決定したい									

【予防接種申込書】②会社負担・会社請求について ※会社が費用負担してくれる方はご記入下さい。

DAIDO MEDICAL SQUARE 予防接種・海外渡航相談宛て

E-mail: dms-yobou@daidohp.or.jp

FAX: 052-211-8459

【1】ワクチンの内容について

●会社が推奨し、	費用を負担してくれる予	防接種、	検査をお教えください。

A 11 (8)(4)(5)	- 1/2			# m + 6 li	7)
●会社が推奨する以外(こ当院でお勧めするリー 要なもの全て会社負担	クチンかある!	易合、会社は	賀用を負担	≛して' コ	〈れますか? ■ 【2】当日のお支払について へ
	となるの主で芸社賞造 と推奨のもののみ会社負	ち切 それいか	1/+白コ色田	レかる		
		見担、てれ以7	トは日じ貝担	こなる		
以下にもお答え。→	ください					
①破傷風に関して		1				
皮傷風単独	<u></u>		〕可 —————	□ 不可		
皮傷風の混合ワクチン			可	□ 不可		
皮傷風の混合ワクチン 	(輸入)	会社負担	可	□ 不可		
A型肝炎、狂犬病に関	して					
型肝炎ワクチン(国産	<u> </u>	会社負担	□□可		不可	
型肝炎ワクチン(輸フ	.)	会社負担	旦口可		不可	
型肝炎·B型肝炎混合	ワクチン(輸入)	会社負担	□可		不可	
狂犬病ワクチン(国内承認) 会社負:			旦口可		不可	
E犬病ワクチン(輸入)	会社負担	旦 口 可		不可		
3抗体検査に関して						
JULITICA DE	抗体検	 査		ワクチン	接種	■抗体検査料金■
	会社負担 🗆 可	□ 不可	会社負担	□ 可		不可 はしか抗体検査:4,000円+税
1.1/2	会社負担 🗆 可	□ 不可	会社負担	□可		不可 風しん抗体検査:2,600円+税
おたふく	会社負担 🗆 可	□ 不可	会社負担	□可		不可 おたふく抗体検査:2,800円+税
くぼうそう	会社負担 🗆 可	□ 不可	会社負担	□ 可		不可 水ぼうそう抗体検査:2,800円+税
) 英文予防接種証明書						
	_ 可 _	不可				
【2】当日のお支払い			_			
□ 会社請求	請求 当日自己負担なし、費用は当院から会社へ請求■					【3】会社請求先について へ
□ 自己負担 後日会社が負担してくれるが、当日は自己					→	インボイス制度対応領収書は必要ですか?
					_ `	必要 □ 不要 □

【3】会社請求先について

【2】で会社請求をご希望された方のみ、<u>ご担当者様に確認の上</u>、以下に請求書の送付先をご記入ください。

請求書送付先	〒
会 社 名	
担当部署名	
担当者様氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	