**「インフルエンザ予防接種予約申込書」兼決定通知書**

**健康管理室　FAX　045‐201‐6881**

**※ 接種日は11月5・6・7・8・11日の5日間です**

* 接種希望日は、第1・第2希望まで必ずご記入ください。（11月6日でしたら11/6と記入）

『午前・午後』については○印で記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 保険証  記号・番号 | 氏　　　名 | 接種希望日（午前・午後） | | | | 備　考 |
| 第1希望 | | 第2希望 | |
| 1 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 2 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 3 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 4 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 5 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 6 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 7 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 8 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 9 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 10 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 11 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 12 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 13 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 14 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |
| 15 |  | 本人  家族 |  | 午前  午後 |  | 午前  午後 |  |

　令和元年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 令和元年10月 日  上記のとおり予約受付を決定しました。  横浜港運健康保険組合　健康管理室 |
| 健康管理委員又は担当者名 |  |

　上記のとおり予約申込み致します。