

## 企業インフルエンザ予防接種 ご担当者様へ

1. ご希望のインフルエンザ予防接種の日時が決まりましたら、お早めにお申し込みいただきますようお願いいたします。
2. 希望日直前のお申込みですとご希望に添えない場合がございます。
3. 土曜日は大変混雑いたします。比較的空いています平日午後のご予約をお勧めしています。
4. **企業インフルエンザ予防接種申込書** と **受診者様名簿** をFAXもしくはメールにてお送りください。ご予約日時が確定次第、当方から連絡いたします。
5. ご予約のキャンセル・ご変更等ございましたら、必ずご連絡をお願いいたします。
6. **そねクリニックでインフルエンザ予防接種を受けられる方へ** の内容を受診者様(社員様)に周知いただきます様、お願いいたします。また、**インフルエンザ予防接種予診票** を事前に印刷いただき社員様にお渡しください。

### インフルエンザ予防接種

・費用 1回 3,000円(税込)

# そねクリニックでインフルエンザ予防接種を受けられる方へ

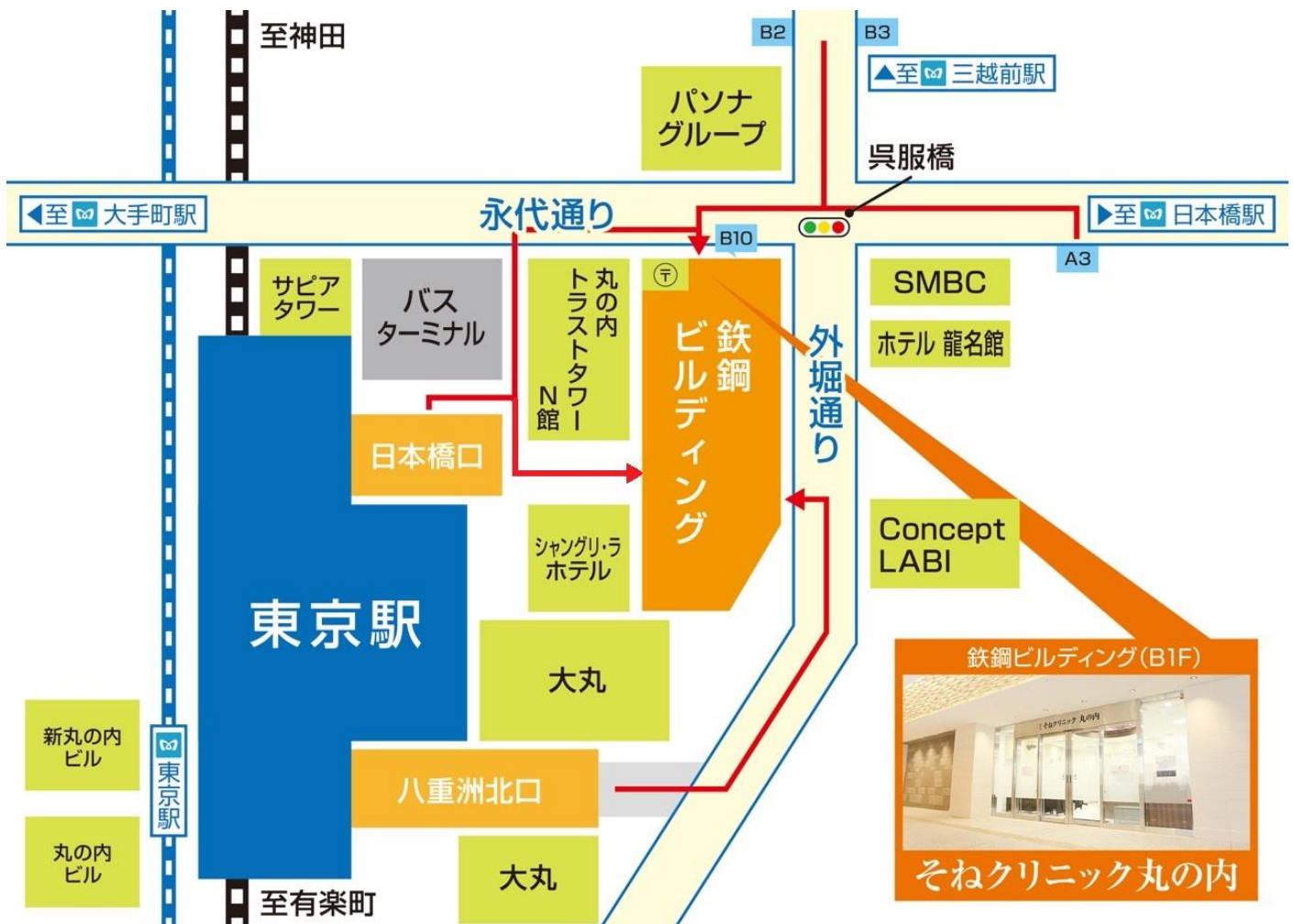
この度は、そねクリニックにてインフルエンザ予防接種をご予約頂きましてありがとうございます。当クリニックは安心・正確かつスムーズに予防接種を行うため、下記の内容に同意いただき、順守いただく様お願いしております。

1. 事前に **インフルエンザ予防接種予診票** をご記入いただき忘れずにお持ちください。
2. ご予約日時にご来院いただきましたら、受付にて必ず御社名とお名前をお伝えください。その際、事前にご記入いただいた **インフルエンザ予防接種予診票** をご提出ください。
3. 所要時間は概ね 30 分を予定しています。但し、他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
4. 当クリニックの場所は下記の地図やホームページでご確認ください。

医療法人社団恒正会そねクリニック丸の内

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 1-8-2 鉄鋼ビルディング B1F

Tel : 03-6212-3888 Fax : 03-6212-3887 e-mail : soneclinicmaru@yahoo.co.jp



# 企業インフルエンザ予防接種申込書

FAX: 03-6212-3887

E-mail: info.marunouchi@soneclinic.com

企業様名(支店名)

当クリニックご利用回数(該当する項目に✓を記入ください)

- 初回                       2回目以降

インフルエンザ予防接種費用のお支払い方法(該当する項目に✓を記入ください)

- 請求書 ※下記に送付先御住所の記入をお願いいたします  
 当日 窓口で現金でのお支払い  
 その他( )

請求書送付先ご住所

〒 \_\_\_\_\_

電話番号

FAX 番号

ご担当者様名(部署/お名前)

連絡事項

※次ページの名簿記入をお願いいたします。カルテ・問診表作成以外には使用いたしません。

(企業名)

# 受診者様名簿

※カルテNo.はこちらで記入致します。

カルテNo.	No.	お名前	フリガナ	性別	生年月日	希望日	希望時間帯
(例)	12	曾根 太郎	ソネ タロウ	男	1975/1/1	1/25	14:00
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						