

海外渡航用予防接種申込書

医療法人大香会 西真岡アクセプト・インターナショナルクリニック

TEL: 0285-80-1000

FAX: 0285-80-1001



受診希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(フリガナ)

受診者名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会社名/学校名 _____

連絡先(携帯or自宅) _____

希望接種 (希望ワクチンにチェック☑して下さい)

- | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A型肝炎 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 狂犬病 | <input type="checkbox"/> 破傷風 |
| <input type="checkbox"/> 腸チフス | <input type="checkbox"/> ポリオ | <input type="checkbox"/> ダニ脳炎 | <input type="checkbox"/> 髄膜炎 | <input type="checkbox"/> コレラ |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | | |

請求書 要・不要

請求先宛名 _____

請求先住所 〒 _____

渡航先(国名・都市) _____

渡航目的 _____

出国予定日/渡航期間 _____

英文ワクチン接種記録 要 今回接種したワクチン
 母子手帳

不要

英文診断書 要 不要