受付票

受付日	令和 年 月 日		
※理由	施設入所	かかりつけ医として受診	施設入所+かかりつけ
法人名(あれば)			
種別	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	医療機関
実施(契約) 医療機関・施設			
実施(契約)医療機関・ 施設の代表者	理事長・施設長・院長・ 医師・所長・管理者	氏名	

※契約者が施設の場合は「施設入所」を選択してください。

※契約者が医療機関であれば「かかりつけ医として」を選択してください。

所在地

郵便番号(半角で)	〒 -		
住所(都道府県から、 番地は数字で)			
電話番号			
予防接種 履行場所			
接種予定人数	予診票の必要枚数		
インフルエンザ		人	
新型コロナ		人	
担当者(フルネーム) (あれば担当部署も)			