

インフルエンザ予防接種予約票兼同意書

インフルエンザ予防接種に関して、以下の内容をよくお読みになり、内容に同意された上でお申込みください。

予約申込みをされた方は、以下について同意されたものとさせていただきます。

なお、当院での接種は、当院に通院中の患者さんに限らせて頂いておりますので、ご了承ください。

- 防腐剤を含んだワクチンの接種となります。
ご心配な方は診察の際、D rにご相談ください。
- ワクチンの入荷数が未定のため、ご予約頂いても接種できない可能性もあります。
- 接種回数は1回で、費用は以下の通りです。
4,400円（税込）

医療法人 輝 ジュンレディースクリニック

以上の内容について同意した上で、インフルエンザ予防接種の予約申込みをします。

お申込日 令和 年 月 日

診察券番号 _____

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

出産予定日 令和 年 月 日