

渡航外来申込書

(フリガナ)

お名前： 性別：男・女

生年月日： 年齢： 才

連絡先電話番号：

渡航先： 渡航期間：

渡航目的： (出発日)

受診希望日： 年 月 日 (曜日)

<月・水・金 PM2時～4時 完全予約制>

希望ワクチン：A型肝炎

B型肝炎

狂犬病

破傷風

日本脳炎

髄膜炎

* 正しいワクチン接種のため、過去のワクチン接種歴を確認する必要があります。
母子健康手帳などワクチン接種歴が確認できるものを当日ご持参ください・