**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・**