

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) _____

* 連絡するのに都合のいい時間帯がありましたらご記入ください

希望接種 *チェック☑して下さい。

A型肝炎

B型肝炎

日本脳炎

狂犬病

破傷風

腸チフス

ポリオ

ダニ脳炎

髄膜炎

コレラ

その他(_____)

請求書

要・不要

請求先: _____

渡航先(国名・都市) _____

渡航目的 _____

出国予定日/渡航期間 _____

英文診断証

要・不要

(いつまでに必要か

年

月

日)

母子手帳の英訳

要・不要

(いつまでに必要か

年

月

日)