

企業インフルエンザ予防接種：お申し込みフォーム

この度は、出張インフルエンザへお問い合わせ頂きまして、誠に有難うございます。

下記項目に必要事項を入力して頂き、メールまたはFAXにてご返信下さい。

確認後、弊院より連絡させていただきます。

企業名					
担当者名		部署・役職			
住所	〒 最寄り駅				
電話番号・FAX番号					
メールアドレス					
訪問希望日	第一希望	月	日	午前	午後
	第二希望	月	日	午前	午後
	第三希望	月	日	午前	午後
接種人数（予定）					
請求書	☐ メール ☐ 郵送 → 上記住所へ ☐ 郵送 → その他				
領収書	☐ 必要 → 会社名にてまとめた金額で ☐ 必要 → 接種者名にて（レターパック代、370円掛かります） ☐ 不要				
備考欄					

医療法人社団法山会 山下診療所自由が丘

〒152-0035

東京都目黒区自由が丘1-30-3 自由が丘東急ビル7F

TEL：03-3724-3811 FAX：03-3718-3811

EMAIL：jiyugaoka@hozankai.com