

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頂きます。

会社名			
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	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第二希望	月　　日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第三希望	月　　日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
接種人数（予定）			
請求書	<input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 上記住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 上記以外の住所へ郵送		
	住所：		
	宛名：		
	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 会社名でまとめて発行　（宛名：　　） <input type="checkbox"/> 個人名で発行　※枚数が多い場合にはレターパック代430円がかかる場合もございます。		
備考欄			