

※申込み締切りは、12月20日です。

また、1回目の接種は、1月31日までに受けてください。

整理番号

大阪府歯科医師国民健康保険組合
(FAX:06-6772-3450)

令和2年度 B型肝炎予防接種申込書

「申込み要件」

結核予防会（大阪総合健診センター・堺複十字診療所・大阪病院）で肝機能検査（健康診断・人間ドック・肝機能検査のみ）を受けた方で、その結果が陰性であった方。

上記の方以外は申し込みが出来ませんのでご注意ください。

従いまして、接種を希望される方は上記の医療機関で肝機能検査（健康診断・人間ドック・肝機能検査のいずれか）を受け、陰性が確認されてからお申し込みください。

受診する者	氏名	フリガナ	男 ・ 女
			SH 年 月 日生 (満 歳)
	連絡先 (自宅)	〒	☎ ()
	勤務先	支部	☎ 歯科医院 ()
被保険者証 記号番号	歯国 <input type="text"/>	資格 (該当するものを○で囲んでください)	甲種組合員 甲種の家族 乙種組合員 乙種の家族 未加入者
受診先 (希望する場所を○で 囲んでください。)	大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」		大阪府結核予防会 堺複十字診療所(午後のみ) 「堺市」
受診希望日	第1希望日		第2希望日
	月 日 曜日 午前 ・ 午後	月 日 曜日 午前 ・ 午後	月 日 曜日 午前 ・ 午後

連絡先は問診票等をお送りする際に必要です。アパート・マンション・ビル名や号棟・階数・部屋番号等
正確にご記入ください。