

海外赴任のための予防接種申込書

FAX 送付先: 06 (6910) 8341

所属: 大阪 神戸 京都

健康保険の記号: _____ 事業所名称: _____

事業所所在地: 〒 _____

事業所担当者: _____ TEL () _____ 支払方法: 当日現金 後日事業所請求

健康保険の番号: _____

フリガナ

英語表記

接種者氏名: _____ Mr. Ms. _____

生年月日: S H _____ (西暦: _____)年 月 日 年齢: _____ 歳 性別: 男 女

赴任先 国名: _____ 都市名: _____

赴任期間: 日本を出発: _____ 年 月 予定 帰国予定: _____ 年 月 予定

赴任目的: _____

連絡先 電話: _____ () _____ FAX: _____ () _____

職業: 会社員 自営業 主婦 その他() _____ 労災保険特別加入予定: 有 無

E-mail アドレス: _____ @ _____ (海外からの場合日本語: 可 否)

* 希望される予防接種について、具体的にご記入願います。なお、実施可能な予防接種は、1)A型肝炎、2)B型肝炎、3)破傷風、4)日本脳炎、5)狂犬病です。それぞれの予防接種を実施するためには、計画的に時間の余裕を持って行うことが必要です。(3回目まで予防接種が必要な場合には、最低6ヶ月必要となります。また、当日行う問診や体温測定、医師による診察結果によっては、来院当日に予防接種出来ない場合があります。予めご了承をお願い致します。)なお、予防接種は全て予約制です。事前に予約戴いた、水曜の午後2時頃から順番にて実施いたします。

1) ご希望される予防接種: A型肝炎 B型肝炎 破傷風 日本脳炎 狂犬病

※ワクチンの供給状況により接種できないものがあります。

2) 予防接種証明(英文)の希望: 有 無 (別途定める文書料を徴収させて戴きます)

3) 受診希望日

(但し水曜日午後2時からになります。希望者が多い場合には時間調整のうえ実施致します)

○ 希望日: _____ 月 _____ 日(水) 午後2時

4) 海外医療情報に関して、お聞きになりたいことがあればご記入願います。

〒540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5

大阪薬業健康保険組合 大阪薬業健康管理センター 健康管理課

TEL: 06 (6941) 6352 FAX: 06 (6910) 8341