

海外赴任のための予防接種申込書

FAX 送付先: 06 (6910) 8341

【事業所情報】

所 属	1. 大阪 2. 神戸 3. 京都	事業所記号	
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		

【被接種者情報】

健康保険の番号		性別	☐ 男 ☐ 女
フリガナ		英語表記	
被接種者氏名			
生 年 月 日	☐ S ☐ H 年（西暦） 年） 月 日 （ 歳）		
連 絡 先	TEL （ ）	FAX （ ）	
Email アドレス	@		
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			

赴任地	国名:	都市名:
赴任期間	日本出発: 年 月 予定	帰国予定: 年 月 予定
赴任目的		
希望ワクチン	☐ A 型肝炎 ☐ B 型肝炎 ☐ 破傷風 ☐ 日本脳炎 ☐ 狂犬病 ☐ 腸チフス ※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。	
接種希望日	年 月 日(水) 午後 2 時 ※予約制です。希望者が多い場合には時間調整のうえ実施致します	
予防接種証明書(英文)の希望	☐ 有(別途証明書代が必要です。) ☐ 無	
その他	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。	

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。)

〒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 健康管理センター
TEL: 06 (6941) 6352 FAX : 06 (6910) 8341