

FAX 番号 045-372-3132

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

※診察券番号： _____

※はせがわ内科クリニックの診察券番号です

電話番号（自宅）： _____

電話番号（携帯）： _____

※接種券番号： _____

※横浜市から送付された接種券に記載されています

予約確定の希望連絡手段（いずれかに○）

・ 電話 ・ FAX ・ メール

FAX 番号・メールアドレスを記載して下さい

（電話希望の方は上記番号に連絡します）

接種の都合が悪い曜日などあればお書きください

急なキャンセルが出た場合のご連絡を希望されますか？

・ はい ・ いいえ