

海外赴任のための予防接種申込書（成人用）

平成 年 月 日

FAX:072-255-8203

フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
赴任者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年（西暦）	年 月 日（ 歳）
赴任者住所	〒		
連絡先	<input type="checkbox"/> TEL	()	<input type="checkbox"/> FAX* ()
E-mail	@		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他		
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 科受診)		

*予約票を送付致しますので、必ずご記入ください。

赴任地	国名：	都市名：
赴任期間	日本出発：	年 月 日 帰国予定： 年 月頃
赴任目的	勤務先	
希望ワクチン	<input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <small>※全て同時接種が可能です。それぞれの予防接種を実施するためには、計画的に、時間的余裕を持って行うことが大切です。3回目まで接種する場合は最短6ヶ月必要です。 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、当日に接種できない場合がありますのでご了承ください。</small>	
希望接種日	第1希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日(15:00) <input type="checkbox"/> 金曜日(15:30) 第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日(15:00) <input type="checkbox"/> 金曜日(15:30)	
英文による予防接種証明書の希望（有料） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

今回の相談者	<input type="checkbox"/> 赴任者自身 <input type="checkbox"/> 企業人事部・労務部 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> その他
企業・施設名	担当者： 様
連絡先	<input type="checkbox"/> TEL () <input type="checkbox"/> FAX* ()

H29.4

〒591-8025 堺市北区長曾根町1179-3	TEL：072-255-8076
独立行政法人労働者健康安全機構	FAX：072-255-8203
大阪労災病院	受付時間：8時15分～17時00分
海外勤務健康プラザ大阪（OHAP-OSAKA）	休診日：土日祝及び12/29～1/3