

下記必要事項をご記入いただき、そのまま FAX でお送りください。

**FAX : 03-5414-7166**

千駄ヶ谷インターナショナルクリニック

インフルエンザ予防接種 ご予約申込書

ふりがな		性別	男性	女性
ご氏名		生年月日	年	月 日
ご連絡先	(TEL)			

★接種希望日をご記入の上、希望時間帯にひとつ○印をつけてください。

接種希望日
月 日 ( ) 曜日

平日と土曜日で  
予約時間帯が異なり  
ます。  
接種希望日の曜日を  
ご確認の上、平日また  
は土曜日の希望時間  
帯をご選択ください。

<平日 (月～金曜日) >

10:30 11:00 11:30 12:00 12:30 13:00  
16:30 17:00 17:30 18:00 18:30

<土曜日>

10:00 10:30 11:00 11:30 12:00 12:30  
13:00

千駄ヶ谷インターナショナルクリニック

東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-20-3 バルビゾン 11 号館 203 号室

TEL : 03-3478-4747 FAX : 03-5414-7166

<http://www.sendagaya-ic.com/>

<診療時間>

月・金曜日 : 10:30 - 13:30  
16:30 - 19:00

土曜日 : 10:00 - 14:00

休診日 : 日曜日・祝日