

インフルエンザ予防接種のお知らせ(一般)

平成 ____年 ____月 ____日よりインフルエンザ 予防接種を開始致します。

ご希望の方は、総合受付へ申し出ください。

記

1. 開始日 平成 ____年 ____月 ____日

2. 接種日時

		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
午前	____時____分 ~ ____時____分	○	○	○	○	○	○
	午後	____時____分 ~ ____時____分	○	○	○	○	○

○：接種可
●：接種不可

3. 料金

成人
高齢者(要予診票)

____円
____円

4. お問い合わせ先 _____(_____) _____

以上

なお、ワクチンがなくなり次第終了とさせていただきますので、ご了承ください。

平成____年____月____日
担当者_____