

『B型肝炎ワクチン追加接種プログラム』

協力申込書

私は「B型肝炎ワクチン追加接種プログラムのご案内」を読み、十分に理解した上で、同事業に協力いたします。

記入日	年 月 日	
献血者コード	—	
フリガナ		(男・女)
氏 名		
生年月日	年 月 日	(歳)
住 所	〒 —	
電話番号	(携帯 ・ 自宅 ・ 勤務先) — —	
B型肝炎ワクチン接種の有無について	今までにB型肝炎ワクチンを接種したことがありますか。 ※「はい」の方は以下の項目も記入をお願いします。「いいえ」の方は、ここまでの記入で構いません。	はい・いいえ
ご希望のワクチン接種場所	(都・道・府・県) 献血ルーム・血液センター	
ワクチン接種可能期間 (※血液センター記入)	月 日 ～ 月 日	
来所希望日時	①	: ～ :
	②	: ～ :
	③	: ～ :
連絡可能な時間帯 (平日のみ) ※1	9 : 00～12 : 00 12 : 00～13 : 00	13 : 00～15 : 00 15 : 00～17 : 00
連絡事項等※2		

※1 連絡可能な時間帯を○で囲みください。ご希望のワクチン接種場所・日時が叶わない場合、日程調整のお電話をする場合がございます。

※2 連絡事項等がありましたらご自由にお書きください。

当申込書を返信用封筒に封入しご返信をお願いいたします。