

令和 年 月 日  
 海外赴任のための予防接種申込書（成人用）  
**FAX:072-255-8203**

フリガナ			性別
赴任者氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)		
住所	〒 ※勤務先ではなく、お住まいのご住所を記入してください		
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"/> 狂犬病	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
※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。			
希望接種日	第1希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日(15:00) <input type="checkbox"/> 木曜日(15:00)		
	第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> 月曜日(15:00) <input type="checkbox"/> 木曜日(15:00)		
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* ( )	

01.05

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