インフルエンザ予防接種申込書(事業所用)

※この用紙を使用し、まとめて申込みをした場合、事業所にクオカードを郵送します。 領収書は、可能であれば表面に、人数が多い場合は裏面や別紙に貼付してください。 (接種料金1,999円以下の方は対象外です。ご注意ください。)

申込書の提出先: 〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1丁目8-4

神戸市産業振興センター1階

申 込 代 表 者				神戸市勤労者福祉共済「インフルエンザ係」			
企業番号	0			員番号			
A 3114 6-			フ	リガナ			
企業名				会員氏名			
企業 電話番号	()	_					
※別紙に申込者をとりまとめていただいても受理します。その際は「別紙のとおり」と記載のうえ、 ①会員番号、②申込者名、③年齢 の記載をお願いします。							
クオカード 送付先	〒 −	□ ご登録の所在地	也の場合	は、チェック	されると記載不要です。	申込者数	
No	会員番号	申込者名		年 齢	備考		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

[※]申込書に記載された個人情報は、利用目的以外に使用いたしません。