

星と太陽のクリニック インフルエンザワクチン 特別枠 申込書

対象者：2021年10月に月齢6となるお子様

☆当院を既に受診済み、または、予約システムへの患者登録がお済みの患者様は診察券番号をご記入ください。

診察券番号：

☆初めて受診される方かつ予約システムへの患者登録がお済みでない場合は、以下のQRコードで「新規患者登録」を行い、「OK」を押してください（それ以降の入力は不要です）



ログイン(新規登録)

新規患者として登録します。

下記項目を入力してください。

姓氏名

フリガナ

生年月日

性別

電話番号

Emailアドレス

OK

画像で入力してください
例: 2020年2月15日生まれ -> 20200215

以下の項目をご記入し、クリニック受付にお渡しください。後日予約を確定し、3日以内に電話でご連絡します。

お名前：

生年月日：

郵便番号：

住所：

電話番号：

保護者のお名前：

予約希望日（時間は最大2時間の幅を持たせてください）

第一希望：10月 日 時間： 時 分～ 時 分

第二希望：10月 日 時間： 時 分～ 時 分

第三希望：10月 日 時間： 時 分～ 時 分

第四希望：10月 日 時間： 時 分～ 時 分

第五希望：10月 日 時間： 時 分～ 時 分

以下はクリニックで記載します

予約確定日：10月 日 時間： 時 分 連絡： 月 日 済