

※申込み締切りは、12月20日です。  
 また、1回目の接種は、1月31日までに受けてください。  
 大阪府歯科医師国民健康保険組合  
 (FAX:06-6772-3450)

整理番号	
肝機能検査 整理番号	健・ド・肝

## 令和6年度 B型肝炎予防接種申込書

<b>「申込み要件」</b> ・結核予防会で肝機能検査(健康診断・人間ドックを含む)を受けた方で、その結果が陰性の方。 ・上記の方以外は申し込みが出来ません。 (結核予防会以外で健診(人間ドック)を受けられた方は、別途、肝機能検査を受診してください。)					
大阪府結核予防会					
肝機能検査 受診先 (○で囲んで ください。)	<table border="1"> <tr> <td>健康診断 ・ 人間ドック</td> <td>大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」</td> <td>堺複十字診療所 「堺市」</td> <td>大阪複十字病院 「寝屋川市」</td> </tr> </table>	健康診断 ・ 人間ドック	大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」	堺複十字診療所 「堺市」	大阪複十字病院 「寝屋川市」
健康診断 ・ 人間ドック	大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」	堺複十字診療所 「堺市」	大阪複十字病院 「寝屋川市」		
受診者	被保険者証 記号番号	歯国 □□ □□□□ - □□□□ (枝番) □□ <input type="checkbox"/> 甲種本人 <input type="checkbox"/> 甲種家族 <input type="checkbox"/> 乙種本人 <input type="checkbox"/> 乙種家族 <input type="checkbox"/> 未加入 (後期高齢含む。組合補助の対象外となります。)			
	氏名	フリガナ _____ 男 ・ 女 SH 年 月 日生			
	問診票・結果 送付先	〒 _____ ☎ ( )			
	勤務先	支部 _____ 歯科 _____ ☎ ( )			
	受診先 (希望する場所を○で 囲んでください。)	大阪府結核予防会			
	<table border="1"> <tr> <td>大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」</td> <td>堺複十字診療所 (午後のみ) 「堺市」</td> <td>大阪複十字病院 「寝屋川市」</td> </tr> </table>	大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」	堺複十字診療所 (午後のみ) 「堺市」	大阪複十字病院 「寝屋川市」	
大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」	堺複十字診療所 (午後のみ) 「堺市」	大阪複十字病院 「寝屋川市」			
受診希望日	第1希望日	第2希望日			
	月 日 曜日 午前 ・ 午後	月 日 曜日 午前 ・ 午後			

送付先は問診票等をお送りする際に必要ですから、アパート・マンション・ビル名や号棟・階数、部屋番号等  
 正確にご記入ください。