

インフルエンザ予防接種 接種者名簿

事業所名	担当者名	様
住 所		
電話番号	FAX番号	

団体番号	※当方記入欄	※受付時間は、石川県予防医学協会にて調整させていただきます。
------	--------	--------------------------------

	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日（西暦）	接種日	備考
例)	イシカワ ハナコ 石川 華子	男・ 女	1975年 12月 31日	11/28	
1		男・ 女	年 月 日	11/28	
2		男・ 女	年 月 日	11/28	
3		男・ 女	年 月 日	11/28	
4		男・ 女	年 月 日	11/28	
5		男・ 女	年 月 日	11/28	
6		男・ 女	年 月 日	11/28	
7		男・ 女	年 月 日	11/28	
8		男・ 女	年 月 日	11/28	
9		男・ 女	年 月 日	11/28	
10		男・ 女	年 月 日	11/28	
11		男・ 女	年 月 日	11/28	
12		男・ 女	年 月 日	11/28	

【個人情報の取り扱いについて】

当協会ではISO27001(情報セキュリティマネジメントシステム)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。(一般財団法人石川県予防医学協会)
お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。