

インフルエンザ予防接種同意書

- ・ 大人（13歳以上） 3,500円
※該当者には自治体により助成あります。
- ・ 小児（13歳未満） 1回目 3,500円 2回目 2,000円
※自治体により助成あります。
※他院で1回目接種し、当院で2回目接種のみの方の料金は3,500円となります。
- ・ 高齢者（満65歳以上） 2,000円

全て税込価格です

すこやかレディースクリニック

上記の内容について保険外負担することに同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種者氏名 _____

生年月日 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 歳)

接種する方が未成年の場合
保護者氏名（自署）
