

平成23年10月19日

組合員 各位
準組合員 各位
協力会員 各位

協同組合 新潟卸センター
事務局担当 伏見

季節性インフルエンザ 予防接種のご案内

時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。
事務局では今年度も下記の要領で季節性インフルエンザワクチンの共同任意接種を実施します。

記

■日時 11月16日(水)
11月17日(木) 各日12:00~14:30

■会場 NOCプラザ 103号室

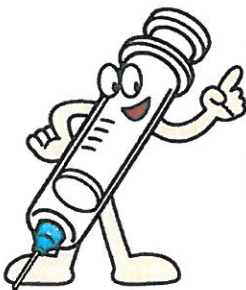
■費用 1人 3,000円(税込)

※接種当日に65歳以上かつ新潟市在住の方は1,050円(税込)です。

当日に住所確認の為、免許証か保険証をご持参ください。

※料金支払い方法につきましては、**後日会社請求**とさせていただきます。

■締め切り 11月2日(水) ※別紙名簿を記入し11月2日までに事務局へお申し込みください。
※予審票は11月10日までに各企業ポストへ投函、または配布致します。
接種当日は予審票記入の上、ご持参ください。



☆今年度の「季節性ワクチン」には次の3種類の型が混合されています。

- ・A型pdm(カリフォルニア)H1N1型
 - ・A型香港(ビクトリア)H3N2型
 - ・B型(ブリスベン)
- ※鳥インフルエンザには無効です

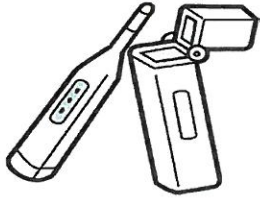


◆お問合せ 財団法人新潟保健衛生センター TEL:025-267-8192(永田)

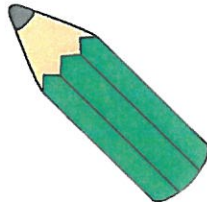
季節性インフルエンザ予防接種

接種の前にお願い！

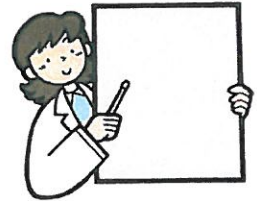
①熱を測って予診票にご記入ください



②「インフルエンザ予防接種予診票」の太枠内をご記入ください
※予診票は11月10日（木）までに各企業ポストへ投函または、配布致します。



③「インフルエンザ予防接種予診票」の裏面をよくお読みください



以下の方は接種できません！

- ・たまごアレルギーのある方
- ・当日明らかに発熱のある方(37.5℃以上)
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・インフルエンザ予防接種に含まれる成分によってアナフラキシー（接種後約30分以内におこるアレルギー反応）を起こしたことがある方
- ・その他医師が不適当な状態と判断した場合
- ・妊娠中の方・中学生以下



接種後のご注意

- ・接種後24時間は副反応の出現に注意して下さい。
- ・当日の入浴には差支えございませんが、注射した部分をこすらないでください。
- ・接種部位を清潔に保って下さい。
- ・いつも通りの生活でかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けて下さい。



■問診票についてのお問合せ

財団法人 新潟県保健衛生センター 025-267-8192(企画渉外課)

インフルエンザ予防接種申込書

(協)新潟卸センター事務局 行

お支払方法
後日、会社担当者様宛でご請求させていただきます。

事業所名 _____

電話番号 _____

新潟市在住で65以上の方のみ

担当者 _____

	氏名	性別	年齢	希望日		氏名	性別	年齢	希望日
1					16				
2					17				
3					18				
4					19				
5					20				
6					21				
7					22				
8					23				
9					24				
10					25				
11					26				
12					27				
13					28				
14					29				
15					30				

■この用紙は必ずコピーをお取りの上、事務局へ提出してください。

3,000円 × _____人
1,050円 × _____人

※合計金額 _____円

締切り11月2日（水）_____

◆各料金毎の人数、合計金額をご記入願います。