

平成25年10月28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 大竹

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25日(月) 12:00~14:30<14:20受付終了>
11月26日(火) 12:00~14:30<14:20受付終了>

■会場 NOCプラザ 103号室

■費用 1人 3,000円(税込)

※接種当日に65歳以上で、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8日(金) ※別紙名簿を記入し、11月8日(金)までに事務局へお申し込みください。
※予診票は11月19日(火)までに各企業へご郵送いたします。
接種当日は、予診票を記入の上、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(テキサス)H3N2型
 - ・B型(マサチューセッツ)
- ※鳥インフルエンザには無効です



■お問合せ先

公益財団法人 新潟保健衛生センター TEL025-267-6328 渉外調整課 田中

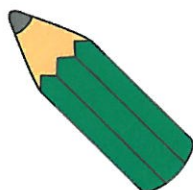
季節性インフルエンザ 予防接種

接種の前にお願い！

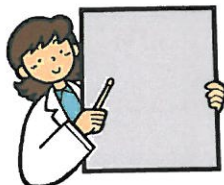
※必ず事前に検温、予診票の記入をお願いします。

体温、必要事項の記入が無い場合は、当日受付できません。

①「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19日(火)までに各企業
へご郵送します。



②「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



③当日は、会場にて熱を
測って予診票にご記入くだ
さい



以下の方は、医師の判断により接種できない場合があります！

- ・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。

お問合せ先
公益財団法人 新潟県保健衛生センター

接種について TEL025-267-6323 保健部

予約について TEL025-267-6328 渉外調整課 田中



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、会社担当者様宛へご請求書をお送りさせていただきます。

事業所名 _____

電話番号 _____

新潟市在住で65歳以上の方のみ年齢をご記入ください。

担当者 _____

	氏名	性別	年齢	希望日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

	氏名	性別	年齢	希望日
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
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。
FAX送信可。

3,000円 × _____人

1,050円 × _____人

※合計金額 _____円

申込み締切り11月8日(金)まで

◆各料金毎の人数、合計金額をご記入願います。