

～ハイビスカス共済加入者還元～

インフルエンザ予防接種 助成キャンペーン

従業員への福利厚生の一環としてインフルエンザ予防接種助成キャンペーンを実施致します。

ハイビスカス共済加入者本人は、指定クリニックにて特別料金で接種できます。ぜひ、この機会にご利用ください。

- ◆ 対象 ◆ ハイビスカス共済加入者本人
※受付人数100名に達し次第、締め切り致します
- ◆ 金額 ◆ 加入者特別料金 2,000円/人（通常5,200円）
- ◆ 場所 ◆ 愛聖クリニック（沖縄市高原5丁目15-11）
TEL 098-939-5114

申込受付期間

2025年1月23日(木)～2月27日(木)

※受付期間外の申込みは受付できません

接種期間

2025年1月24日(金)～2月28日(金)

～接種までの流れ～

＼STEP1／ 沖縄商工会議所へ申込みする（平日16時まで、それ以降は翌営業日に受付致します）

申込方法

- 1 沖縄商工会議所へFAX 又はメール
- 2 Google フォーム



＼STEP2／ 沖縄商工会議所へ申込み後、翌日以降に予約をご自身でお願いします

愛聖クリニックにて予約 ☎098-939-5114

予約受付時間 月～土 AM8:30～11:30 PM14:00～16:30 日・祝 休診



＼STEP3／ 予約当日 加入者特別料金を愛聖クリニックの窓口にてお支払い

予約当日、愛聖クリニックにて接種



【問い合わせ先】

沖縄商工会議所 会員サービス課

担当：齋藤・具志堅・幸喜

沖縄市中央4-15-20

TEL 098-938-8022 FAX 098-938-2755

申込み方法の詳細とFAX申込み
フォームは裏面をご利用下さい



FAX申込み用紙

FAX番号 098-938-2755
 沖縄商工会議所行

申込受付期間

1/23～2/27
 まで

◆申込方法は下記のいずれかの方法で行って下さい

沖縄商工会議所へFAXにて申込み (FAX098-938-2755)



メールにて申込み (Eメール: kozue-saito@okinawacci.or.jp)



Google フォームにて申込

QRコードを読み込み後、必要項目を入力してください⇒



↓太枠内へご記入をお願いします

申込日 年 月 日			
事業所名		担当者名	
所在地	〒 -	TEL	
		FAX	

インフルエンザ予防接種希望者はご記入をお願いします ※ハイビスカス共済加入者本人のみ対象です

	フリガナ 氏 名	生年月日	備考
1		S・H 年 月 日生	
2		S・H 年 月 日生	
3		S・H 年 月 日生	
4		S・H 年 月 日生	
5		S・H 年 月 日生	
6		S・H 年 月 日生	
7		S・H 年 月 日生	
8		S・H 年 月 日生	
9		S・H 年 月 日生	
10		S・H 年 月 日生	

※10名以上申込みの際は、コピーしてご利用ください