

## インフルエンザ予防接種者名簿(事業所)

接種料金：一人当たり @

---

事業所名：

---

接種日：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

---

会員番号	会員氏名	会員番号	会員氏名
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	

計 名

上記の者にインフルエンザ予防接種をしたことを証明します。

医療機関名

⑩

---

※接種者を記入し、医療機関にて証明をうけてください。