

インフルエンザ予防接種者名簿(事業所)

(枚 / 枚)

接種料金：一人当たり @

事業所名：

接種日：令和 年 月 日 ～ 令和 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。