インフルエンザ予防接種者名簿（事業所）

（　　枚 /　　枚）

接 種 料 金：一人あたり　@

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

㊞

※接種者を記入し、医療機関にて証明をうけてください。