

# インフルエンザ予防接種者名簿（事業所用）

事業所番号（上5ケタ）： \_\_\_\_\_ 接種日： 令 和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所名： \_\_\_\_\_

※60000台の事業所は対象外

| 会員番号<br>(下4ケタ) | 会員氏名 | 年齢 | 会員番号<br>(下4ケタ) | 会員氏名 | 年齢 |
|----------------|------|----|----------------|------|----|
| 1              |      |    | 11             |      |    |
| 2              |      |    | 12             |      |    |
| 3              |      |    | 13             |      |    |
| 4              |      |    | 14             |      |    |
| 5              |      |    | 15             |      |    |
| 6              |      |    | 16             |      |    |
| 7              |      |    | 17             |      |    |
| 8              |      |    | 18             |      |    |
| 9              |      |    | 19             |      |    |
| 10             |      |    | 20             |      |    |

接種料金：一人あたり \_\_\_\_\_ 円 / 接種合計人数 \_\_\_\_\_ 名

上記の方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

\_\_\_\_\_ 印