

新型コロナウイルスワクチン定期接種者名簿（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（下4ケタ）	会員氏名	接種料金	年齢
1			円	歳
2			円	歳
3			円	歳
4			円	歳
5			円	歳
6			円	歳
7			円	歳
8			円	歳
9			円	歳
10			円	歳
11			円	歳
12			円	歳
13			円	歳
14			円	歳
15			円	歳
	接種合計人数			名
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: right;">印</p>				