

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： _____

※対象期間：令和3年10月1日～令和4年1月31日

※60000台の事業所は対象外

会員番号 (下4ケタ)	会員氏名	年齢	会員番号 (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