

インフルエンザ予防接種者名簿

事業所番号

接種日: 年 月 日 ～ 年 月 日

※明細書、領収書に接種者名の記載がない場合、この名簿を医療機関に確認いただき下記に確認印を押してもらってください。
これをもって医療機関発行の接種者名の確認書類とします。

NO.	会員番号	接種会員名	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

NO.	会員番号	接種会員名	備考
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

上記のとおりインフルエンザの予防接種をしました。 医療機関名