＜事業所申請用＞　様式２

11名以上の場合に使用

コピーしてお使いください

インフルエンザ予防接種 接種者名簿 （続紙）

令和　　年　　月　　日

事業所番号 | | | | | |

事業所名：

No.	接種会員名	会員番号							助成金区分 いずれかに○	接種日	センター記入
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	
							—		1,000円　500円	月　日	