

## インフルエンザ予防接種受信者名簿

No.	受診者氏名	会員番号	受診日	No.	受診者氏名	会員番号	受診日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

上記会員が、インフルエンザ予防接種を受診したことに相違ありません。

事業所名

---

事業所住所・電話番号 ( )

---

事業所代表 氏名

---



担当

---

メールアドレス

---