

**注** コピーしてご使用ください。  
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

インフルエンザ予防接種実施医療機関 様

# インフルエンザ予防接種者名簿（兼接種証明書）

事業所合算の領収書の場合、下記の書面に会員がインフルエンザ予防接種したことの証明をお願いいたします。

(注) ボールペンで記入してください。

証明依頼事業所名
----------

No.	接種日	会員氏名	会員番号
1	月 日		
2	月 日		
3	月 日		
4	月 日		
5	月 日		
6	月 日		
7	月 日		
8	月 日		
9	月 日		
10	月 日		
11	月 日		
12	月 日		
13	月 日		
14	月 日		
15	月 日		
16	月 日		
17	月 日		
18	月 日		
19	月 日		
20	月 日		

上記について相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

担当者印