インフルエンザワクチン接種者名簿

事業所名

接種年月日記号	番号	年 月 日 氏名	記号	番号	氏名	
HO V	ш у	, 4 H	1 #2 3	н у	7 7 1	
【医療機関	『 証明欄】					
以上	名のインフ	ルエンザワクチンを接続	種し、領収し	ました。		
					年月	日
	金額	円	_			
	F	医療機関名または医師名				(EII)

^{*}上記の医療機関または医師の証明を受けられなかった場合は個人毎の領収書(写し不可)を添付。