【様式1】

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　　年　　月　　日

記号	番号	氏名	記号	番号	氏名

【医療機関証明欄】

以上 _____ 名のインフルエンザワクチンを接種し、領収しました。

年　　月　　日

金 額　　円

医療機関名または医師名　　㊞

＊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。