

極秘

(様式3)

インフルエンザ予防接種実施者名簿

保険証記号 :

事業所名称 :

/ 枚中

※保険証番号順(若い順)に記入してください。

	保険証番号	氏名	接種日	自己負担額
1			/	円
2			/	円
3			/	円
4			/	円
5			/	円
6			/	円
7			/	円
8			/	円
9			/	円
10			/	円
11			/	円
12			/	円
13			/	円
14			/	円
15			/	円
16			/	円
17			/	円
18			/	円
19			/	円
20			/	円
21			/	円
22			/	円
23			/	円
24			/	円
25			/	円

	保険証番号	氏名	接種日	自己負担額
26			/	円
27			/	円
28			/	円
29			/	円
30			/	円
31			/	円
32			/	円
33			/	円
34			/	円
35			/	円
36			/	円
37			/	円
38			/	円
39			/	円
40			/	円
41			/	円
42			/	円
43			/	円
44			/	円
45			/	円
46			/	円
47			/	円
48			/	円
49			/	円
50			/	円