インフルエンザ予防接種実施報告書

保険証番号	本人・家族	氏　　名	実 施 日	実 施 機 関	支払額
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				
	本・家				

上記のとおり報告いたします。

平成　　年　　月　　日

事業所

事業主　　㊞