

様式第3号(第8条関係)

インフルエンザ予防接種済証

No. _____

被接種者の住所 川根本町

被接種者の氏名 _____

生 年 月 日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 年 月 日

接種回数 1回目 ・ 2回目

※どちらかを「○」で囲んでください。

ワクチン名

製造業者名

ロット番号

年 月 日

受託医療機関名 _____

代表者氏名 又は

接種を行った医師名 _____

領 収 書

年 月 日

_____ 様

領収金額 _____ 円

インフルエンザ予防接種料

上記のとおり領収いたしました。

住 所 _____

医療機関名 _____