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　　　　　　　　　　　　 |