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 |