

インフルエンザ予防接種者名簿

2名以上

◆ インフルエンザ予防接種助成金請求書と併せて提出してください。

※ご希望の事業所には、ハートアイ発行の名簿をお渡しますのでお気軽にご連絡ください。
ハートアイ発行の名簿には、該当者に○をつけ、会員ごとに金額・接種日を記入し提出してください。

会員ごとに記入してください。(入会承認日前の接種は、助成対象外です。)

No.	会員番号	氏名	年齢	接種日	金額	備考
1				年 月 日		
2				年 月 日		
3				年 月 日		
4				年 月 日		
5				年 月 日		
6				年 月 日		
7				年 月 日		
8				年 月 日		
9				年 月 日		
10				年 月 日		
11				年 月 日		
12				年 月 日		
13				年 月 日		
14				年 月 日		
15				年 月 日		
16				年 月 日		
17				年 月 日		
18				年 月 日		
19				年 月 日		
20				年 月 日		

計 名