

# インフルエンザ予防接種者名簿

接 種 日	平成 年 月 日
予防接種代（合計）	円
請 求 額（合計）	円（1人あたり 1,000円）
人 数	名

会員番号順に記入してください。

NO	会員番号	氏 名	金 額	接種日	入会承認日	備 考
1			円	H . .	H . . . 1	
2			円	H . .	H . . . 1	
3			円	H . .	H . . . 1	
4			円	H . .	H . . . 1	
5			円	H . .	H . . . 1	
6			円	H . .	H . . . 1	
7			円	H . .	H . . . 1	
8			円	H . .	H . . . 1	
9			円	H . .	H . . . 1	
10			円	H . .	H . . . 1	
11			円	H . .	H . . . 1	
12			円	H . .	H . . . 1	
13			円	H . .	H . . . 1	
14			円	H . .	H . . . 1	
15			円	H . .	H . . . 1	