（続　紙）

No.

インフルエンザ予防接種受診者名簿

事業所記号		事業所名称	

受診 年月日	番　号	氏　　名	実施機関名称
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			
・　・			