様式 １２ - (２) – ５版

インフルエンザ予防接種者一覧表（事業所用）　　　（　　／　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項番 | **接種情報　　　　　　　　　（請求元事業所で記入する項目）** | | | | | 事務局で記入する項目 | | 備　考 |
| **会員番号** | **会員氏名** | **接種日年齢** | **接種日** | **接種料金** | 補助区分 | 補助金額 |
| 1 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 2 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 3 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 4 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 5 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 6 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 7 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 8 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 9 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 0 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 1 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 2 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 3 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 4 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 5 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 6 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 7 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 8 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 9 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 0 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 1 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 2 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 3 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 4 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 5 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 6 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 7 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 8 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 9 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |
| 0 | － |  |  |  |  | 1・2・3・外 |  |  |

＊医療機関の書類や自社作成書類で代替可能な場合は【別紙】と記入のうえ、添付してください。

＊太枠内のみ記入してください。「事務局で記入する項目」は、記入しないでください。

**＊提出いただいた個人情報は、公社の個人情報保護規定に基づき管理するとともに、事業目的以外には使用いたしません。**