

# インフルエンザ予防接種 補助金支給申請者名簿

| 記 号  |     | 事業所名 |     |       |      |
|------|-----|------|-----|-------|------|
| No.  | 番 号 | 氏 名  | 接種日 | 医療機関名 | 接種費用 |
| 1    |     |      |     |       |      |
| 2    |     |      |     |       |      |
| 3    |     |      |     |       |      |
| 4    |     |      |     |       |      |
| 5    |     |      |     |       |      |
| 6    |     |      |     |       |      |
| 7    |     |      |     |       |      |
| 8    |     |      |     |       |      |
| 9    |     |      |     |       |      |
| 10   |     |      |     |       |      |
| 11   |     |      |     |       |      |
| 12   |     |      |     |       |      |
| 13   |     |      |     |       |      |
| 14   |     |      |     |       |      |
| 15   |     |      |     |       |      |
| 16   |     |      |     |       |      |
| 17   |     |      |     |       |      |
| 18   |     |      |     |       |      |
| 19   |     |      |     |       |      |
| 20   |     |      |     |       |      |
| 合計人数 |     | 名    |     |       |      |

※申請者名簿の記入欄が足りない場合は、コピーして使用して下さい