江別市勤労者共済会

令和　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種助成申込書

事 業 所 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL・fax ＿＿＿＿＿＿＿＿

No.	氏　　名	受診月日	受　診　先
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
１０			
１１			
１２			
１３			
１４			
１５			