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 ℡・fax

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