

インフルエンザ予防接種済証および領収書

各自で記入の
ご協力をお願い
します。

氏名 様
大正・昭和・平成・令和・西暦
生年月日 年 月 日生

インフルエンザ予防接種済証

予防接種日 令和 年 月 日

ワクチン名

製造業者名

ロット番号

領 収 書

330・500・1300・1210・1650・1980・2750 円

(上記金額1個選択、2個以上は無効、訂正の場合は要訂正印)

インフルエンザ予防接種代として

令和 年 月 日

医療機関で記入いたします

受託医療機関名 医療法人蒼生くりばやし医院

医師氏名 栗林 秀樹 印

インフルエンザ予防接種済証および領収

各自で記入の
ご協力をお願い
します。

氏名
生年月日

大正・昭和・平成・令和・西
年 月

医療
機
関
で
記
入
い
た
し
ま
す

インフルエンザ予防接種済証

予防接種日 令和 年 月

ワクチン名
製造業者名
ロット番号

領 収 書

330・500・1300・1210・1650・1980・

(上記金額1個選択、2個以上は無効、訂正の場合)

インフルエンザ予防接種代として

令和 年 月

受託医療機関名 医療法人蒼生くりは

医師氏名 栗林 秀樹

書

様

曆

日生

日

2750 円

(は要訂正印)

日

びやし医院

印