

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

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 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 (消費税10%込み金額) (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

受託医療機関名 医療法人蒼生くりばやし医院

インボイス:未登録

医師氏名 栗林 秀樹 印