

(保健事業様式第6号の2)

令和6年度 インフルエンザ予防接種一括助成対象者名簿

番 号	組 合 員 氏 名	助 成 金 請 求 額	番 号	組 合 員 氏 名	助 成 金 請 求 額

※ 対象者名簿は、番号順に記載してください。

上記の者に対し、一括してインフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

年 月 日

所 属 所 名

所 属 所 長

印