令和　　年　　月　　日

江別市勤労者共済会 行

　FAX：011-381-1406

　Mail：ebetsu.city.kyosai@shirt.ocn.ne.jp

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

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