

(続 紙)

No. _____

新型コロナワクチン接種受診者名簿

事業所記号		事業所名称	
-------	--	-------	--

受診年月日	保険証番号	氏名	実施機関名称
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			
. .			