様式第２号

上毛町子どもインフルエンザ予防接種実施報告書

令和　　年　　月　　日

上毛町長　　様

申請者

（**保護者**）住　所　　上毛町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

子どもインフルエンザ予防接種を受けたので、下記のとおり報告します。

記

被 接 種 者 名	ふりがな		
生　年　月　日	平成 令和　　年　　月　　日　（　　歳　　か月）		
回　数	接種年月日	接種方法	金　額
１回目	令和　　年　　月　　日	注射 ・ 点鼻	
２回目	令和　　年　　月　　日	注射	
合　　計			
実施医療機関 代理受領 医療機関名	所在地 名　称 代表者 ℡		

接種対象者：町内に居住する生後６か月から１８歳までの人です。