

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

接 種 者 名	ふりがな	
生年月日	平成 令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
回 数	接種年月日	金 額
1 回目	令和 年 月 日	
2 回目	令和 年 月 日	
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 TEL	

接種対象者：町内に居住する生後 6 か月から満 1 8 歳までの人です。