

(様式2)

## インフルエンザワクチン接種証明書兼領収書

### ワクチン接種証明書

ワクチン名等 インフルエンザHAワクチン(0.5 ml)

接種を受けた者 香川県立保健医療大学

学籍番号

氏名

上記のとおり、証明します。

年 月 日

医療機関名

㊟

#### ■医療機関のみなさまへ■

お手数をおかけしますが、ワクチン接種証明のため、貴院名の記入(ゴム印可)と押印をお願いします。

### 領 収 書

香川県立保健医療大学後援会長 殿

¥ 1,000 円也

内訳 インフルエンザHAワクチン(0.5ml)接種助成金として

上記金額、正に領収いたしました。

年 月 日

氏名

㊟

※自署の場合は押印省略可