

実施明細書（赤痢菌検査分）

施設名

(児・職) を○印でかこむ

児童 職員	氏 名	性 別	年 齢	実施年月日		金 額	備 考 (検査結果等)
				第 1 回	第 2 回		
計							

上記のとおり実施したことを証明する。

年 月 日

医療機関名又は保健所長

印

実 施 明 細 書

施設名

(児・職) を○印でかこむ

児童 職員 氏 名	年 齢	種 別							
		日本脳炎		インフルエンザ		破 傷 風			
		実 施 年月日	金 額	実 施 年月日	金 額	実 施 年月日	金 額	実 施 年月日	金 額
計									

上記のとおり実施したことを証明する。
年 月 日

医療機関名又は保健所長 Ⓔ

[illegible]