

高知市地域保健課 ワクチン接種推進係行き
 (FAX : 0 8 8 - 8 0 2 - 7 2 5 8)

巡回接種予定報告書
 (医療機関での集団接種含む)

施設名【 】
 施設担当者名【 】
 施設TEL【 】

接種予定日	月 日 ()	
接種人数 (予定)	人	
医療機関	名 称	
	担当者名	
	T E L	

注意事項

- ・医療機関と接種予定日等を必ず事前にご協議のうえ、接種予定日より少なくとも 10 日前には報告書を高知市地域保健課までFAXしてください。
- ・報告書の提出が遅れた場合は、ワクチン配送に対応できない場合があります。また、新型コロナワクチンの種類は基本的に武田/モデルナ社の供給となります。

※以下は記入不要

受付日 月 日 ()

ワクチン配送連絡票

医療機関ご担当者 様

上記のとおり巡回接種予定の報告がありましたので、ワクチン配送日についてご連絡いたします。
 何かご不明な点があればお手数をおかけしますが、高知市地域保健課までご連絡ください。

新型コロナワクチン種類	ワクチン配送日	ワクチン配送バイアル数
武田モデルナ社	月 日 ()	

◆高知市地域保健課ワクチン接種推進係
 担当：清遠・井上 TEL : 088-855-9800