様　式（R4.11改訂）

高知市地域保健課　ワクチン接種推進係行き
（ＦＡＸ：０８８－８０２－７２５８）

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 ※うち初回接種（1・2回目）　　人
医療機関	名　　称	
	担 当 者 名	
	Ｔ　Ｅ　Ｌ	
ワ ク チ ン 種 類 （希望ある場合はレ点）		□ ファイザー希望　　□モデルナ希望

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，ワクチン種類は必ずしも希望に添えない場合があります。

※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	配送バイアル数
ファイザー(BA　　) ・ モデルナ(BA　　)	月　　日（　　）	

◆高知市地域保健課ワクチン接種推進係
TEL：０８８－８５５－９８００