※外来で個別接種していない医療機関対象

様式２（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）

入院患者接種予定報告書

医療機関名【　　】
担 当 者 名【　　】
Ｔ　Ｅ　Ｌ【　　】

接　種　予　定　日	月　　日（　　） ～ 月　　日（　　）
接種人数（予定）	人 ※うち初回接種（１・２回目）　　人
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
・接種人数及び接種予定日の目途が立った段階で，高知市地域保健課までＦＡＸください。
・接種予定日より少なくとも 10 日前には報告書をご提出ください。提出日が遅くなった場合は医療機関への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。
・ワクチン廃棄を可能な限り少なくするため，まとめての接種にご協力をお願いします。

※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

上記の入院患者への接種にあたり，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