

新型コロナワクチン接種取扱医療機関報告書

大阪市長 様

当院は新型コロナワクチン接種についてサテライト型接種施設となることについて報告します。

※サテライト型接種施設：大阪市が設置する配送センターからワクチンの配送を受け、接種を実施する施設。

医療機関コード	2	7	1							
---------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名称

医療機関所在地 (〒 -)

代表者

電話番号 ()

mail :

※明瞭に記載してください。

令和 年 月 日

下記内容にご回答をお願いします。(□にはあてはまるものにチェックしてください。)

1 全国集合契約参加の有無 (V-SYS登録の有無)

参加済み (委任状作成済み。)

未参加 (委任状未作成。)

※未参加の場合、全国集合契約に係る委任状を作成する必要があります。

2 取り扱いを希望するワクチン種別 (複数回答可)

モデルナ社製

ノババックス

5～11歳小児用ワクチン (ファイザー社製)

※ファイザー成人用ワクチンは供給量の関係により選択できません。

3 ワクチン受取情報

・受取担当者 (氏名) (電話番号) ()

・休診日 (土日祝を除く。午前または午後のみ休診の際も記入してください。)

① 曜日 (一日・午前・午後)

② 曜日 (一日・午前・午後)

③ 曜日 (一日・午前・午後)

4 医療機関公開情報（ワクチン取扱医療機関として大阪市HPにて公開。公開項目は医療機関名・所在地・電話番号・受入体制等。）

全ての情報を公表する

予約受付電話番号： ()

公表するが備考欄に次の記載が必要（必要事項を記入してください。複数回答可。）

予約はwebのみ

予約は来院のみ

電話予約を受け付ける場合、

予約受付電話番号： ()

() 曜日 (: ~ :)

() 曜日 (: ~ :)

() 曜日 (: ~ :)

その他 ()

※備考欄にその他の内容を記載させていただきます。

公表しない（本市から確認させていただきますのでご協力願います。）

5 受入体制（受入可能な対象者にチェックしてください。複数回答可。）

一般市民（かかりつけ患者含む。）

5歳～11歳の方

かかりつけ患者

妊娠中の方

6 早朝・夜間・休日の受入体制（受入可能な項目にチェックしてください。複数回答可。）

早朝（休日以外の9時以前）

夜間（休日以外の19時以降）

休日（土曜日の午後、日曜日、祝日）

7 週当たりの接種能力

週あたり () 日 × () 人 = () 回

8 本市から貴医療機関への電子メールによる連絡

可

不可

提出先：地区医師会→大阪府医師会→大阪市

大阪府医師会受付印	地区医師会受付印