

コロナウイルスワクチン接種の時間外 及び休日対応に係る請求書（手書用） の注意事項について

コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書（手書用）のPDFは、第4期（令和3年12月期）～ 第13期（令和4年9月期）まで一つのファイルにまとまっていますので、請求する月のページを印刷して使用してください。

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 4 期 12月1日から12月31日の間（令和3年12月期）

接種回数 (予診のみも含める)	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

12月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	水			
2	木			
3	金			
4	土			
5	日			
6	月			
7	火			
8	水			
9	木			
10	金			
11	土			
12	日			
13	月			
14	火			
15	水			
16	木			
17	金			
18	土			
19	日			
20	月			
21	火			
22	水			
23	木			
24	金			
25	土			
26	日			
27	月			
28	火			
29	水			
30	木			
31	金			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 5 期 1月1日から1月31日の間（令和4年1月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

1月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	土			
2	日			
3	月			
4	火			
5	水			
6	木			
7	金			
8	土			
9	日			
10	月			
11	火			
12	水			
13	木			
14	金			
15	土			
16	日			
17	月			
18	火			
19	水			
20	木			
21	金			
22	土			
23	日			
24	月			
25	火			
26	水			
27	木			
28	金			
29	土			
30	日			
31	月			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 6 期 2月1日から2月28日の間（令和4年2月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

2月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	火			
2	水			
3	木			
4	金			
5	土			
6	日			
7	月			
8	火			
9	水			
10	木			
11	金			
12	土			
13	日			
14	月			
15	火			
16	水			
17	木			
18	金			
19	土			
20	日			
21	月			
22	火			
23	水			
24	木			
25	金			
26	土			
27	日			
28	月			
29				
30				
31				
	計			

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

申請日	
-----	--

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 7 期 3月1日から3月31日の間（令和4年3月期）

接種回数 (予診のみも含める)	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

3月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	火			
2	水			
3	木			
4	金			
5	土			
6	日			
7	月			
8	火			
9	水			
10	木			
11	金			
12	土			
13	日			
14	月			
15	火			
16	水			
17	木			
18	金			
19	土			
20	日			
21	月			
22	火			
23	水			
24	木			
25	金			
26	土			
27	日			
28	月			
29	火			
30	水			
31	木			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

申請日	
-----	--

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 8 期 4月1日から4月30日の間（令和4年4月期）

接種回数 (予診のみも含める)	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

4月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	金			
2	土			
3	日			
4	月			
5	火			
6	水			
7	木			
8	金			
9	土			
10	日			
11	月			
12	火			
13	水			
14	木			
15	金			
16	土			
17	日			
18	月			
19	火			
20	水			
21	木			
22	金			
23	土			
24	日			
25	月			
26	火			
27	水			
28	木			
29	金			
30	土			
31				
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 9 期 5月1日から5月31日の間（令和4年5月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

5月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	日			
2	月			
3	火			
4	水			
5	木			
6	金			
7	土			
8	日			
9	月			
10	火			
11	水			
12	木			
13	金			
14	土			
15	日			
16	月			
17	火			
18	水			
19	木			
20	金			
21	土			
22	日			
23	月			
24	火			
25	水			
26	木			
27	金			
28	土			
29	日			
30	月			
31	火			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 10 期 6月1日から6月30日の間（令和4年6月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

6月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	水			
2	木			
3	金			
4	土			
5	日			
6	月			
7	火			
8	水			
9	木			
10	金			
11	土			
12	日			
13	月			
14	火			
15	水			
16	木			
17	金			
18	土			
19	日			
20	月			
21	火			
22	水			
23	木			
24	金			
25	土			
26	日			
27	月			
28	火			
29	水			
30	木			
31				
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 11 期 7月1日から7月31日の間（令和4年7月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

7月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	金			
2	土			
3	日			
4	月			
5	火			
6	水			
7	木			
8	金			
9	土			
10	日			
11	月			
12	火			
13	水			
14	木			
15	金			
16	土			
17	日			
18	月			
19	火			
20	水			
21	木			
22	金			
23	土			
24	日			
25	月			
26	火			
27	水			
28	木			
29	金			
30	土			
31	日			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 12 期 8月1日から8月31日の間（令和4年8月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

8月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	月			
2	火			
3	水			
4	木			
5	金			
6	土			
7	日			
8	月			
9	火			
10	水			
11	木			
12	金			
13	土			
14	日			
15	月			
16	火			
17	水			
18	木			
19	金			
20	土			
21	日			
22	月			
23	火			
24	水			
25	木			
26	金			
27	土			
28	日			
29	月			
30	火			
31	水			
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)

市町村番号	011002
-------	--------

様式 1

札幌市 長様

医療機関等番号	
医療機関等名称	
代表者氏名	
担当者氏名	
電話番号	
住所	

申請日	
-----	--

新型コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書

下記の期間において、別紙報告書のとおりコロナワクチンウイルスの接種を実施したため、以下のとおり請求する。

請求金額 円

内訳

第 13 期 9月1日から9月30日の間（令和4年9月期）

接種回数 <small>(予診のみも含める)</small>	加算単価	加算額（税抜き）	加算額（税込み）
時間外接種回数	回 730円	円	円
休日接種回数	回 2,130円	円	円

(参考) 標榜する診療時間

曜日	休診日	診療時間
日	休	
月		
火		
水		
木		
金		
土		
備考		

振込口座について、希望する方に「○」を付けてください。

<input type="checkbox"/>	(1) 国保連合会に登録されているコロナワクチン接種費用口座への振り込みを希望する
<input type="checkbox"/>	(2) 別の口座への振込を希望するので、国保連合会に新規口座登録の手続きを行う

※ (2) を選択された方は、手続きを行う必要があるため、別途国保連合会に連絡してください。

医療機関等番号

様式2-1

医療機関等名称

コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

9月				
日	曜日	時間外 接種	休日接種	
			職域以外	職域
1	木			
2	金			
3	土			
4	日			
5	月			
6	火			
7	水			
8	木			
9	金			
10	土			
11	日			
12	月			
13	火			
14	水			
15	木			
16	金			
17	土			
18	日			
19	月			
20	火			
21	水			
22	木			
23	金			
24	土			
25	日			
26	月			
27	火			
28	水			
29	木			
30	金			
31				
	計			

下記の項目について、に✓を付して必要事項を記載してください。

1. 本報告書には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含んでいない。

確認

2. 当該医療機関において、職域接種を実施している。

はい いいえ

注：単に、医療従事者（医師・看護師等）を外部の接種会場に派遣したものは含まれません。

○職域接種を依頼した企業・団体等の名称（職域接種を申請した主体名）を以下に記載願います。

医療機関等番号（類似コード）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名称

--

○職域接種の際にVRSに登録した接種会場名を以下に記載願います。

名称

--

※複数ある場合は、適宜別紙を作成して報告願います。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

(押印省略)