

＜職域接種の可否＞	1	企業によるワクチン接種を実施したい【○】	○
	2	自治体によるワクチン接種とは別に、自前で医療従事者等の人員・接種会場等を確保できる【○】	○

＜職域接種の可否＞において、「○」とご判断頂いた企業のみ回答にご協力をお願いいたします。

		【記入例】	接種会場①	接種会場②	接種会場③
＜医療従事者等の確保＞	3	医療従事者等の所属医療機関名	企業内診療所職員、産業医		
	4	1日あたりの接種会場に従事する医師・看護師の数	2名		
	5	1日あたりの接種会場に従事するその他の者の数	5名		
＜接種会場＞	6	接種会場【企業立病院、社内診療所、社内会議室・講堂、駐車場など】	社内診療所		
	7	接種会場の住所	〇〇県〇〇市〇〇111-1		
	8	ワクチン保存用の冷凍設備（-20℃±5℃）の有無（接種会場で活用できるもの）	有		
		ワクチン保存用の冷蔵設備（2～8℃）の有無（接種会場で活用できるもの）	有		
	その他自己手配が難しい物	医療用手袋			
＜接種人数等＞	9	被接種対象者の見込み人数（社員等●人）	正規社員5,000名		
	10	接種実施期間（●月●日～●月●日）	7月下旬～9月下旬		
	11	1日あたりの接種の見込み人数、接種時間（一日あたり ●人/●時間）	一日あたり 200人/5時間		
	12	うち、委託先の提携医療機関等に向いて接種する場合の接種想定人数（1日あたり ●人/●時間）	実施予定なし		
＜その他＞	-	自由記載欄			

＜企業基本情報＞	13	企業名	〇〇株式会社	
	14	担当部課室名	人事部	
		窓口担当者氏名	政府 太郎	
	15	担当者連絡先（メールアドレス）	<a href="mailto:seifutaro@mmm.go.jp">seifutaro@mmm.go.jp</a>	
	16	担当者連絡先（電話番号）	03-3500-0000	
＜企業詳細情報＞	17	(単独) 従業員数	2,000名	
		(単独) 従業員年齢構成 (65歳以上)	0名	
		(単独) 従業員年齢構成 (64歳未満)	1,990名	
		(グループ合計) 従業員数	5,000名	
		(グループ合計) 従業員年齢構成 (65歳以上)	10名	
		(グループ合計) 従業員年齢構成 (64歳未満)	4,990名	
	18	企業内診療所の有無	有	
		企業内診療所数	1施設	
		①有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	本社診療所 (〇〇県〇〇市〇〇111-1)	
		②有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	-	
		③有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	-	
		④有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	-	
		⑤有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	-	
		⑥有 (施設名称、所在住所) ※施設毎に記載	-	
	19	企業内診療所の医療従事者数 (合計)	9名	
		うち、医師の人数 (常勤)	2名	
		うち、医師の人数 (非常勤)	0名	
うち、薬剤師の人数 (常勤)		0名		
うち、薬剤師の人数 (非常勤)		0名		
うち、歯科医師の人数 (常勤)		1名		
うち、歯科医師の人数 (非常勤)		0名		
うち、看護師の人数 (常勤)		4名		
うち、看護師の人数 (非常勤)		2名		
20	産業医の人数 (専属)	1名		
	産業医の人数 (嘱託)	0名		
21	自治体等における集団接種への企業内医師等派遣状況 (人数・頻度・期間等)	5月下旬から医師2名、週末のみ集団接種会場にて従事		
22	過去の企業内診療所での集団接種経験 (インフルエンザワクチンなど)	有 (外部委託)		
【〇〇省】	-	部局名	〇〇局〇〇部	
	-	課室名	〇〇課	
	-	担当者名	〇〇〇	