

＜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			
＜接種人数等＞		その他自己手配が難しい物	医療用手袋			
	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			
＜その他＞	12	うち、委託先の提携医療機関等に出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			
	-	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)	seifutaro@mmm.go.jp	
	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	-	
		⑦有(施設名称、所在住所)※更にある場合は当該セル内にまとめて記載	-	
	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	
事務局資料欄 【〇〇省】	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)	
	-	部局名	〇〇局〇〇部	
	-	課室名	〇〇課	
	-	担当者名	〇〇〇	