

# 予 約 表 (接種者名簿)

協議会記入欄	① / . :	② / . :	確認 :
--------	---------	---------	------

会社名 :

グループ名称 :

シートNo.

	氏 名	年 齢	電話番号	接種券	会社名	本人・家族	社員名	続柄	1 回目	2 回目
例	白井 太郎	51	047-491-0224	○・×	(株)白井製作所	(家族の場合、社員名と続柄)			(病院使用欄)	
1						本人・家族				
2						本人・家族				
3						本人・家族				
4						本人・家族				
5						本人・家族				
6						本人・家族				
7						本人・家族				
8						本人・家族				
9						本人・家族				
10						本人・家族				

- ※ 1 本表は、御社で区分したグループ毎に作成してください。なお、本表の記入は、管理上、最大10人までとなります。グループ名称は、御社においてアルファベットで区分し、シートNo.は、御社全体の通し番号を記入してください。なお、区分数は、任意とし、一括接種も可能です。
- ※ 2 本表は、当協議会のホームページ（掲示板）に掲載していますので、ご活用ください。データ入力する場合は、メールで書式を送付いたしますので、お申し出ください。手書きの場合は、本票をコピーしてご使用ください。
- ※ 3 データ入力とした場合は、当協議会あてのメールでデーターとしてご提出ください。（秘密保持のため、パスワード等の設定をお願いします。）
- ※ 4 今回の接種は、モデルナ社製のワクチンを使用しますので、18歳から64歳までの方で、社員及びその同居家族が対象です。
- ※ 5 基礎疾患や食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などだけでは、直ちに接種不適合者にはなりません。あらかじめ主治医にご相談のうえ予約等してください。
- ※ 6 予約の際は、4週間後の2回目の接種まで必ず行うようにしてください。他機関との接種予約の重複や当日のキャンセルは、お控えください。

