

<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從事する医師・看護師の数	2名			
	5	1日あたりの接種会場に從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）	seifutaro@mmm.go.jp	
<企業詳細情報>	16	担当者連絡先（電話番号）	03-3500-0000	
	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	
【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	