**新型コロナワクチン配送量調査について**

**７月26日（月）午前中にFAXまたはメールにて必ず提出をお願いします。**

大阪市保健所感染症対策課（ワクチン接種等調整チーム）

FAX：０６－６７８６－８００３

E-mail: v-sys-i600@city.osaka.lg.jp

FAX送信は混み合う場合がありますので、メール回答もご活用ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード | ２ | ７ | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒大阪市 |
| 予約受付電話番号 |  |

**□には☑を、　　　には記載をしてください。**

* **固定配送とする新たなワクチン供給による個別接種事業に参加する。**

**（１）週あたりのワクチン必要量　　　　　　回分**

**※12歳以上18歳未満市民の方のワクチン接種にご参加いただける場合は、**

**12歳以上も含め市民の方に接種できるワクチン必要量をお答えください。**

**※本市全体の在庫量により、固定配送量を調整させていただく場合があります**

**ので、ご了承ください。**

**（２）一般患者（かかりつけ患者以外）への接種ができる。**

**□ できる　□ できない**

**（３）本市ホームページへの掲載ができる。　□ できる　□ できない**

**（掲載内容は、医療機関名及び所在地、予約受付電話番号です。）**

**（４）VRS利用が可能である。　　　　　　　 □ できる　□ できない**

* **参加しない**

ご協力ありがとうございました。