**12歳以上18歳未満の市民の方への新型コロナワクチン接種にかかる**

**個別接種協力についての意向調査**

**７月30日（金）午前中までにFAXまたはメールにて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](mailto: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、　　　には記載してください。**

* **12歳以上18歳未満の市民の方へのワクチン接種に参加する。**

**次の質問にお答えください。**

**（１）接種できる年齢（あてはまるものすべてに☑をお願いします）**

**□ 12歳～15歳に対して、１週間に　　　　人への接種が可能である。**

**□ 16歳17歳に対して、１週間に　　　　人への接種が可能である。**

**※12歳以上も含めた市民の方に接種できるワクチン必要量の範囲でお答えください。**

**※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、**

**ご了承下さい。**

**（２）上記年齢の、かかりつけ患者以外の一般患者への接種ができる。**

**□ 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（ワクチン接種記録システム）の利用が可能である。　　　　　　　　　　 □ 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。