|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 医療機関向けメールアドレス  (GMIS IDの通知等に使用) |  |
| 処方箋発行医療機関コード  （10桁・該当ある場合のみ） |  |
| 端末受け取り機関名 |  |
| 端末受け取り場所郵便番号 |  |
| 端末受け取り住所 |  |
| 受け取り課名（必要あれば） |  |
| 受け取り担当者名 |  |
| 受け取り担当者電話番号 |  |
| 備考  (配送を避けるべき日付等) |  |
| 使用場所の規模  １日当たりの接種者数 |  |
| Ｇ－ＭＩＳの利用状況  （どちらかに○印） | ・現在G-MIS IDを使用している  ・使用していない  （※後日、大阪市からG-MIS IDをお知らせします） |

ＶＲＳ端末送付先登録申請書

※同一医療機関で複数台数必要な場合は本申請書が２枚必要になります