

大阪市新型コロナワクチン発注依頼書(他都市施設用)

あて先 corona-haisou@city.osaka.lg.jp

FAX:06-6786-8003

○施設情報

施設名：

住所：

担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

事業所番号：

○接種医療機関

巡回接種医療機関にワクチンの配送及び接種計画を伝えていますか。

(チェックを入れてください)

はい、医療機関承認済です。

※未承認の場合は、必ず事前に接種を実施する医療機関と調整してください。

医療機関名：

住所：

担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

医療機関番号：

医療機関配送ルート： 月・木ルート 火・金ルート (チェックを入れてください)

配送ワクチン：モデルナ社製となります。

○ワクチンの配送日

上記医療機関の配送ルート(月・木または火・金)を確認の上、医療機関が希望する月日を記入してください。

配送希望日： 月 日 ()

(8月の配送日⇒15日の週、29日の週) ※9月以降は確認してください

希望数量： 人分

※保健所で、希望数量をバイアルに換算して配送します。

○接種計画 (接種予定月に接種する人数を記載してください)

接種予定月： 月 人分

対象者の接種回数： 1回目 2回目 3回目 4回目 (接種可能期日になれば)

接種者内訳：入居者 人、従事者 人

問い合わせ先

(問い合わせの際は「市外の高齢者施設へのワクチン接種について」とお伝えください)

大阪市保健所感染症対策課 ワクチン接種等調整チーム

【電話】 06-6647-0813

【FAX】 06-6786-8003

発注締切：配送希望日の前々週金曜日 (ワクチンの在庫によっては御希望に添えないことがあります)