

新型コロナウイルス・インフルエンザワクチン

接種希望者リスト

貴施設名

施設名

ご返信日 R5 . .

TEL — —

※ご返信締切：R5.9.29(金)

FAX — —

接種医療機関

ご担当者氏名

ご担当者様名

役職

つつみクリニック福岡

| No. | 同時接種 (○) | インフル のみ(○) | 氏名 | 年齢 | 生年月日 | 市町村 | 限度額認 定証の有 無 | 対象者 | 前回のコロナワ クチン接種日 | コロナワ クチン 予診票 | インフル 実施日 | コロナ 実施日 |
|-----|-------------|---------------|----------|----|------|--------------------|-------------------|------------------------|-------------------|--------------------|-------------|------------|
| 1 | ○ | | つつみ たろう | 65 | . . | 福岡市内 市外() | 有 無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5. 6 . 15 | 有・無 | / | / |
| 2 | | ○ | ふくおか はなこ | 40 | . . | 福岡市内 市外(北九州市) | 有 無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5. 9 . 1 | 有 無 | / | / |
| 3 | × | | はかた じろう | 70 | . . | | 有 無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5 | 有・無 | / | / |
| 4 | | | はかた いちろう | 95 | . . | | 有・無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | | | / | / |
| 5 | | | | | . . | 福岡市内 市外() | 有・無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | | | / | / |
| 6 | | | | | . . | 福岡市内 市外() | 有・無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5. . | 有・無 | / | / |
| 7 | | | | | . . | | | 当院ご利用者 | | 有・無 | / | / |
| 8 | | | | | . . | | | 他院ご利用者 | | 無 | / | / |
| 9 | | | | | . . | | | 職員 | | 無 | / | / |
| 10 | | | | | . . | | | 当院ご利用者 | | 無 | / | / |
| 11 | | | | | . . | | | 他院ご利用者 | | 無 | / | / |
| 12 | | | | | . . | | | 職員 | | 無 | / | / |
| 13 | | | | | . . | | | 当院ご利用者 | | 有・無 | / | / |
| 14 | | | | | . . | 福岡市内 市外() | 有・無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5. . | 有・無 | / | / |
| 15 | | | | | . . | 福岡市内 市外() | 有・無 | 当院ご利用者 他院ご利用者 職員 | R5. . | 有・無 | / | / |

住民票のある市町村を記載

前回接種から3ヶ月経過したのち接種可能

①同時接種希望の場合は、同時接種の欄に「○」
 ②同時接種不可の場合は、同時接種の欄に「×」
 ③インフルエンザワクチンのみ希望の場合は、インフルのみの欄に「○」
 ④コロナワクチン接種のみ希望の場合は、どちらの欄も「空欄」にて提出ください。

●接種期間(現時点)… 10/4 (水) ~12/22 (金)
 返答いただいた順に、接種スケジュールを作成いたします。
 ≪接種ができない日時があれば下記にお知らせください≫

3に記載の●●様：透析火木土のため不在
 施設都合にて水曜9：00～12：00は不可
 20名ずつ2回にグループ分けての接種希望

【担当窓口】
 医療法人徳隣会
 つつみクリニック福岡
 事務 松浦・椎木
 TEL：092-273-2222
 FAX：092-273-2221

※接種希望者が15名を超える際は、用紙をコピーしてご使用ください。ご協力宜しくお願いいたします。