

＜職域接種の可否＞	1	企業によるワクチン接種を実施したい【○】	○
	2	自治体によるワクチン接種とは別に、自前で医療従事者等の人員・接種会場等を確保できる【○】	○

＜職域接種の可否＞において、「○」とご判断頂いた企業のみ回答にご協力をお願いいたします。

		【記入例】	接種会場①	接種会場②	接種会場③
＜医療従事者等の確保＞	3	医療従事者等の所属医療機関名	企業内診療所職員、産業医		
	4	1日あたりの接種会場に從事する医師・看護師の数	2名		
	5	1日あたりの接種会場に從事するその他の者の数	5名		
＜接種会場＞	6	接種会場【企業立病院、社内診療所、社内会議室・講堂、駐車場など】	社内診療所		
	7	接種会場の住所	〇〇県〇〇市〇〇111-1		
	8	ワクチン保存用の冷凍設備（-20℃±5℃）の有無（接種会場で活用できるもの）	有		
		ワクチン保存用の冷蔵設備（2～8℃）の有無（接種会場で活用できるもの）	有		
	その他自己手配が難しい物	医療用手袋			
＜接種人数等＞	9	被接種対象者の見込み人数（社員等●人）	正規社員5,000名		
	10	接種実施期間（●月●日～●月●日）	7月下旬～9月下旬		
	11	1日あたりの接種の見込み人数、接種時間（一日あたり ●人/●時間）	一日あたり 200人/5時間		
	12	うち、委託先の提携医療機関等に出向いて接種する場合の接種想定人数（1日あたり ●人/●時間）	実施予定なし		
＜その他＞	-	自由記載欄			

＜企業基本情報＞	13	企業名	〇〇株式会社	
	14	担当部署/課室名	人事部	
		窓口担当者氏名	政府 太郎	
	15	担当者連絡先（メールアドレス）	seifutaro@mmm.go.jp	
16	担当者連絡先（電話番号）	03-3500-0000		
＜企業詳細情報＞	17	（単独）従業員数	2,000名	
		（単独）従業員年齢構成（65歳以上）	0名	
		（単独）従業員年齢構成（64歳未満）	1,990名	
		（グループ合計）従業員数	5,000名	
		（グループ合計）従業員年齢構成（65歳以上）	10名	
		（グループ合計）従業員年齢構成（64歳未満）	4,990名	
	18	企業内診療所の有無	有	
		企業内診療所数	1施設	
		①有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	*社診療所（〇〇県〇〇市〇〇111-1）	
		②有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	-	
		③有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	-	
		④有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	-	
		⑤有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	-	
		⑥有（施設名称、所在住所）※施設毎に記載	-	
	19	企業内診療所の医療従事者数（合計）	9名	
		うち、医師の人数（常勤）	2名	
		うち、医師の人数（非常勤）	0名	
		うち、薬剤師の人数（常勤）	0名	
		うち、薬剤師の人数（非常勤）	0名	
		うち、歯科医師の人数（常勤）	1名	
		うち、歯科医師の人数（非常勤）	0名	
		うち、看護師の人数（常勤）	4名	
うち、看護師の人数（非常勤）		2名		
20		産業医の人数（専属）	1名	
	産業医の人数（嘱託）	0名		
21	自治体等における集団接種への企業内医師等派遣状況（人数・頻度・期間等）	5月下旬から医師2名、週末のみ集団接種会場にて従事		
22	過去の企業内診療所での集団接種経験（インフルエンザワクチンなど）	有（外部委託）		