ワクチン希望書（４回目医療従事者・自院接種用）

自院接種を希望する医院は、下表の太枠線内を記入し、FAX又はメールにて提出してください。※提出後確認のためお電話をお願いします。（☎０５５－９５１－３５８８）

宛　先：沼津市新型コロナウイルスワクチン接種室

**ＦＡＸ：055-951-5444　　　メール：vaccine@city.numazu.lg.jp**

【ご注意】

・ワクチンは、原則「モデルナ」となります。

（1バイアル15人～20人接種可・冷蔵状態のバイアル瓶で30日間保存可）

・接種人数に応じた数の ロット番号シール、針、シリンジをご一緒にお届けします。

・15人未満の場合でも受付いたします。

　（集団接種会場でシリンジに充填したワクチンをお届けする場合もあります。）

・FAX受取後、ワクチンの配送日時を調整し、当室よりご連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 接種予定日 | バイアル数 | 接種人数 |
| 例 | 8/9(火) | 1バイアル | 15人 |
| 1 |  | バイアル | 人 |
| 2 |  | バイアル | 人 |
| ３ |  | バイアル | 人 |

|  |  |
| --- | --- |
| 配送不可日  ※NGの曜日・時間など |  |

沼津市　新型コロナウイルスワクチン接種室

担　当：宮下・渡邉・八重島・野津

ＴＥＬ：055-951-3588