別紙様式１

希望調査票

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 接種を担当する施設名 |  |
| 接種を担当する医師名 |  |
| 施設利用接種希望者数（※１） |  |
| 従事者数（※１） |  |
| 接種開始予定日（※２） | （※２　理由：　　　　　） |
| 神戸市内に住民票がある６５歳以上７５歳未満の施設利用者のワクチン接種希望者（※３） | 氏名（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（カナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険証番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（※１）接種の対象となる方の人数を把握するためにおたずねしております。接種予定となる方の人数としてご教示ください。

（※２）神戸市がご案内させていただいた期間以外での接種開始を希望される場合は、右欄にその理由ととともにその旨を記載してください。

（※３）事前に接種券をお送りするためにおたずねしております。５人以上おられる場合は、欄内に追加して記載してください。不在の場合は空欄で結構です。

施設名

住所

担当者