|  |  |
| --- | --- |
| **ＦＡＸ**により送信してください。送信先：福山市介護保険課　**０８４－９２８－１７３２** | 回答期限：１月２３日（月） |

|  |
| --- |
| **オミクロン株対応ワクチンの「接種状況に関する報告書」の提出状況に関する回答書** |

●担当者名を御記入下さい。電話番号に誤りがあれば，見え消し等により訂正してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 |  | | | |
| 施設名 |  | | | |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |

●オミクロン株対応ワクチンの接種について御回答ください。

|  |
| --- |
| 接種を希望する方全員（従事者を含む。持病や副反応等により接種が受けられない方，オミクロン株対応の接種時期にまだ到達していない方を除く）について，  □ア施設として，接種は行っておらず，予定もしていない（医療機関での個別接種又は集団接種会場での接種）  □イ施設内接種をすでに開始している。(次の設問へ進んでください）  □ウこれから施設内接種を行う。（接種開始予定日　　　　　日　接種終了予定日　　　　日） |

●上記の質問の回答がイの場合は，これまでの接種日をこの表に記入してください。

欄が足りないときは，本市ＨＰ介護保険課のページにExcelファイルを掲載しておりますので御活用ください。掲載場所は表面の通知文に記載しております。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種日 | オミクロン株対応接種済者数 | | 接種日 | オミクロン株対応接種済者数 | |
| 入所者 | 従事者 | 入所者 | 従事者 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |