|  |  |
| --- | --- |
| **ＦＡＸ**により送信してください。送付状は不要です。送信先：福山市　介護保険課　０８４－９２８－１７３２ | 回答期限：２月１８日（金） |

|  |
| --- |
| **新型コロナワクチンの３回目接種完了日等に関する回答書** |

１　下表に御担当者名及び連絡先を御記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種別 |  |
| 施設名 |  |
| 御担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

２　貴施設における３回目接種の状況について，あてはまるものに○をしてください。

|  |
| --- |
| Ａ　施設として接種を予定（実施）しているＢ　施設として接種を実施するつもりだが，予定が立たないＣ　施設として接種は予定していない（医療機関での個別接種又は集団接種会場での接種） |

Ｃに〇をされた施設は，ここで回答は終了です。御協力ありがとうございました。

３　２においてＡ又はＢに○をされた施設は，次のいずれかについて御回答ください。

≪Ａに○をされた場合≫「おおむねこの日までに終わる」という見立ての日付でかまいません。

|  |
| --- |
| ３回目接種の終了予定日：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

≪Ｂに○をされた場合≫　接種の予定が立たない理由

|  |
| --- |
| （例）接種実施医療機関との調整に時間を要している。（⇒時間を要する具体的な理由を記載してください。） |

４　その他，選択肢にあてはまらない場合等は下欄に状況を御記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

照会は以上です。御協力ありがとうございました。