**高齢者施設における新型コロナウイルスワクチンの接種について**

**調査票は１施設ごとに１枚作成願います。**

**（　調　査　票　）**

**介護保険事業所番号**

**法人名**

**法人所在地（住所）**

**施設名**

**施設種別**

**施設所在地（住所）**

**担当者名　　　　　　　　　　　　　　電話番号**

**メールアドレス**

**【照会事項】**選択項目（1.2.3.）には該当する方に○印をつけてください。

１．入所者（６５歳以上）の施設内での接種を　**実施する　・　実施しない**

２．（１．で「実施する」の場合）施設内接種を行う施設の医師、嘱託医、協力医療

　　機関等の確保について

**確保済み（予定）　・　確保が困難**

３．（２．で「確保済み（予定）」の場合）接種予定医療機関名（※）及び所在地

　**接種予定医療機関名**

**所在地**

　　　※事前に基本型接種施設又はサテライト型接種施設として登録が必要です。

４．（１．で「実施する」の場合）入所者と直接接する従事者の同時接種を

**希望する　・　希望しない**

５．（１．で「実施する」の場合）以下の人数を現時点で把握できている概算で記入してください。（現在、把握可能な数値で結構です。）

①６５歳以上の入所者のうち、施設内接種を実施する人数

**人（うち住民票が米子市外の方　　　　人）**

②入所者と同時接種を希望する従業員の人数

**人（うち住民票が米子市外の方　　　　人）**

【提出先】米子市福祉保健部長寿社会課

〒683-8686　米子市加茂町一丁目１番地

　ＦＡＸ：２３－５０１２　　ｍａｉｌ：choju@city.yonago.lg.jp