

〇〇保健所長 様

ワクチン接種を担当する医療機関の開  
設者住所・氏名をご記入ください。

年 月 日

開設者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇  
氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇  
(担当者 〇〇 TEL 〇〇〇〇〇〇)

〔法人の場合は、主たる事務所の所  
在地、名称及び代表者の職・氏名〕

### 巡回診療計画書

#### 1 巡回診療を実施する医療機関の名称及び所在地

医療機関名：〇〇〇〇〇〇〇〇  
所在地：〇〇〇〇〇〇〇〇

#### 2 実施計画

別紙のとおり (又は 事後に提出)

巡回診療計画書提出時点で、接種の  
実施日や実施責任者（医師）等が決  
まっていない場合は、事後の提出で  
差し支えありません。

#### 3 予防接種の種類

新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの接種

#### 4 実施の目的、方法

〇〇〇〇（会社名等）における新型コロナウイルスワクチンの職域接種の実施

#### 5 費用の徴収方法

患者負担なし（全額公費負担）

#### 6 移動健診等施設を利用する場合は、その構造設備の概要

該当なし

