

別紙①

『新型コロナウイルスワクチン予防接種済証』
 ワクチン3回接種の確認をさせていただきます。

〒100-8016
 ○○○○○○○○
 ○○○○

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
 費用負担はありません。

接種を受けるときは、
 この用紙と予防票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を
 証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)
 Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

3回目	COMINATY COVID-19 mRNA VACCINE mRNA 2022 (A/S) mRNA 2022 (A/S) mRNA 2022 (A/S)	氏名	厚生 太郎
接種年月日		性別	○○●○○●○○ 889-88
日 日		生年月日	○○年 ○○月 ○○日 生

○○●○○市員

新型コロナワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー	○○○○○	○○○○○
Lot No.	○○○○○	○○○○○

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

『お知らせ用サンプル』です。
 各自の『記録書』をご持参ください。

別紙②

『新型コロナウイルス感染症対策 チェックシート』
 施設でご用意したものに、当日ご記入いただきます。

『介護老人保健施設ぶんすい』にご来園の皆様

新型コロナウイルス感染症対策 チェックシート

『お知らせ用サンプル』です。
 用紙は施設にご用意しております。

来園日時	令和 年 月 日 () :	現在の体温	. °C
お名前	<input type="checkbox"/> 利用者様関係 入所お申込等	/	<input type="checkbox"/> 業者等の業務関係 所属:
ご住所	電話番号	-	-
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種 <input type="checkbox"/> 2回接種 <input type="checkbox"/> 3回接種	接種記録 確認職員	:
自覚症状等		あり	なし
咳・のどの痛み・鼻水・鼻づまり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
息苦しさ・全身のだるさ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
味覚・臭覚の異常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛・吐き気		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直近2週間以内に発熱等の症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
直近2週間以内に新型コロナウイルス感染症の感染拡大している地域や国への訪問歴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方との濃厚接触		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染を疑われる方がいる		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【個人情報の取扱いについて】		※個人情報の取扱いに同意する ⇒ <input type="checkbox"/>	
・ご記入いただいた個人情報につきましては、当所が責任を持って保管・管理し、新型コロナウイルス感染症拡大防止の目的のみに使用いたします。 ・万が一、新型コロナウイルスの感染が確認された場合は、関係機関等に個人情報の提供をすることがございます。			