

事務連絡
令和3年6月8日

各

都	道	府	県
市	町	村	
特	別	区	

 衛生主管部(局) 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナワクチンの職域接種の申請受付開始について

新型コロナウイルス感染症への対応にあたっては、多大なるご尽力をいただき感謝申し上げます。

また、現在、7月末を念頭に、希望する高齢者の接種が終了するようご尽力をいただいておりますこと、重ねて感謝申し上げます。

新型コロナワクチンの職域接種につきましては、「新型コロナワクチンの職域接種の開始について」(事務連絡 令和3年6月1日)においてお示ししていましたが、この度、新型コロナワクチンの職域接種について、令和3年6月8日(火)より企業等からの申請受付を開始いたします。

つきましては、「職域接種の申請から接種まで」(別添①)、「入力項目」(別添②)、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する職域接種向け手引き(初版)」(別添③)を送付するとともに、厚生労働省のホームページにおいて公表いたしますので、貴職におかれましてはこれを十分御了知の上、貴管内の関係機関等に周知を図るとともに、適切な対応をお願いいたします。

接種会場情報 (1/5)						
申請先 (接種会場がある都道府県を選択)						
	項目名	記入例	必須	記入欄	申請時の入力方法	特記事項
(1)	都道府県	東京都	○		選択肢	
接種会場情報 (接種に関わる物品は基本的にこちらの住所に配送します)						
(2)	郵便番号	1008916	○		数値入力	
(3)	市区町村コード	131016	○		数値入力	5又は6桁の数字を入力ください。
(4)	市区町村	千代田区	○		テキスト入力	
(5)	番地等 (建物名・部屋番号含む)	霞が関1-2-3 ○○ビル 4F-401	○		テキスト入力	
(6)	会場名称	(職域) 株式会社○○○○職域接種会場	○		テキスト入力	自治体による職域会場名称と区別するため、先頭に「(職域)」を付けてください。
(7)	エレベーターの有無	有	○		選択肢	
(8)	接種会場で現在ファイザーワクチンを使用しているか	いいえ	○		選択肢	
接種体制情報 (2/5)						
接種体制						
(9)	分類	01_企業内診療所で実施	○		選択肢	
(10)	地域の予防接種に影響を与えないか	与えない	○		選択肢	
(11)	主な人員の提供元	外部クリニック			テキスト入力	
(12)	後方支援病院名称	●●病院			テキスト入力	医療機関へ後方支援の依頼があればご入力ください。
(13)	動線・設備の確保状況	ほぼ確保済み	○		選択肢	
(14)	消耗品の確保状況	ほぼ確保済み	○		選択肢	
(15)	その他の備品の確保状況	ほぼ確保済み	○		選択肢	
巡回診療か医療機関の開設か (接種体制 (分類) で03以外を選択した場合、入力)						
(16)	種別	巡回診療			選択肢	既存の企業内診療所で実施する場合も「医療機関を開設」を選択。
(17)	届出の有無	既に届出済み			選択肢	
外部医療機関情報 (接種体制 (分類) で01以外を選択した場合、入力)						
(18)	医療機関名	外部クリニック			テキスト入力	
(19)	代表者名	外部 代表			テキスト入力	
(20)	代表電話番号	03-1111-1111			テキスト入力	
(21)	担当者の部署名	総務部			テキスト入力	
(22)	担当者の氏名	外部 担当			テキスト入力	
(23)	担当者の電話番号	090-1111-2222			テキスト入力	
(24)	担当者のメールアドレス	zzz@aaa			テキスト入力	
接種計画情報 (3/5)						
接種計画						
(25)	総接種予定人数	10000	○		数値入力	2回接種する予定人数をご入力ください
(26)	週当たりの接種予定回数 (開始当初 (1~2週))	2000	○		数値入力	100-99900の回数を「100回分単位」でご入力ください。
(27)	週当たりの接種予定回数 (3週目以降)	1000			数値入力	100-99900の回数を「100回分単位」でご入力ください。
接種開始・終了予定						
(28)	接種開始希望週	7月5日週	○		選択肢	
(29)	接種開始希望日	7月7日			カレンダー	具体的な日にちがわかればご入力ください。
(30)	接種終了予定週	9月27日週	○		選択肢	
(31)	接種終了予定日	9月28日			カレンダー	具体的な日にちがわかればご入力ください。
ワクチン納入希望						
(32)	定期納品希望曜日 (第一希望)	土曜	○		選択肢	
(33)	定期納品希望曜日補足	火曜以外			テキスト入力	補足事項があればご入力ください。
(34)	初回納入希望量 (接種回数)	2000	○		数値入力	100回分単位で納入予定ですが、納入量は別途ご連絡します。 (ワクチン納入をお約束するものではありません)
(35)	二回目以降納入希望量 (接種回数)	1000	○		数値入力	100回分単位で納入予定ですが、納入量は別途ご連絡します。 (ワクチン納入をお約束するものではありません)
(36)	初回納入希望日	7月6日	○		カレンダー	ご希望日にワクチン納入をお約束するものではありません。
接種訓練、納品訓練						
(37)	納品訓練の希望週 (実施必須)	6月14日週	○		選択肢	納品訓練は所要時間3時間程度を見込んでいますが、状況に応じて前後する可能性がある点にご留意ください。
(38)	接種訓練予定週	6月14日週	○		選択肢	
その他の納品希望						
(39)	サージカルマスク	必要	○		選択肢	※ 必要な場合、ワクチン納入数を元に次のとおり算出した枚数を接種会場に直送します。それでも足りない場合は、国又は接種会場が所在する市町村 (特別区を含む) に相談してください。 枚数の算出式: 接種回数 ÷ 100 × 7
(40)	非滅菌手袋	必要	○		選択肢	※ 必要な場合、ワクチン納入数を元に次のとおり算出した双数 (ペア数) を接種会場に直送します。それでも足りない場合は、国又は接種会場が所在する市町村に相談してください。 枚数の算出式: 接種回数 + 接種回数 ÷ 100
(41)	N95等マスク	必要	○		選択肢	※ 必要な場合、緊急時使用備蓄として20枚を接種会場に直送します。それでも足りない場合は、国又は接種会場が所在する市町村 (特別区を含む) に相談してください。

(42)	アイソレーションガウン	必要	<input type="radio"/>		選択肢	※ 必要な場合、緊急時使用備蓄として20枚を接種会場に直送します。それでも足りない場合は、国又は接種会場が所在する市町村（特別区を含む）に相談してください。
(43)	フェイスシールド	必要	<input type="radio"/>		選択肢	※ 必要な場合、緊急時使用備蓄として20枚を接種会場に直送します。それでも足りない場合は、国又は接種会場が所在する市町村（特別区を含む）に相談してください。

組織情報 (4/5)

組織の基本情報

(44)	法人番号	1234567890123	<input type="radio"/>		テキスト入力	法人番号は国税庁HPよりご確認できます。
(45)	組織名	株式会社〇〇〇〇	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(46)	組織代表者名	〇〇 花子	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(47)	組織代表電話番号	03-0000-0000	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(48)	郵便番号	1008916	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(49)	都道府県	東京都	<input type="radio"/>		選択肢	
(50)	市区町村	千代田区	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(51)	番地等	霞が関1-2-3	<input type="radio"/>		テキスト入力	

事務局担当者 (1)

(52)	所属組織	株式会社〇〇〇〇	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(53)	部署名	総務部福利課	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(54)	役職	課長	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(55)	氏名	〇〇 太郎	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(56)	電話番号	03-0000-1111	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(57)	メールアドレス	xxx@yyy	<input type="radio"/>		テキスト入力	

事務局担当者 (2)

(58)	所属組織	株式会社〇〇〇〇	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(59)	部署名	総務部福利課	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(60)	役職	課長補佐	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(61)	氏名	〇〇 一郎	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(62)	電話番号	03-0000-1112	<input type="radio"/>		テキスト入力	
(63)	メールアドレス	yy@zzz	<input type="radio"/>		テキスト入力	

その他 (5/5)

同意事項

(64)	接種に係る手続きが必要な場合に厚生労働省等が代行・補助することに同意するか	同意する	<input type="radio"/>		選択肢	
(65)	企業名の公表の可否	可	<input type="radio"/>		選択肢	