

(申請年月日) 平成 年 月 日

特定接種登録申請書 (案)

厚生労働大臣 殿
(事業所の所在地の都道府県経由)

申請者
 ふりがな
 事業者名
 ふりがな
 代表者の氏名
 郵便番号 -
 所在地 都道府県を選択
 電話番号 - -
 E-mail アドレス @

新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第28条の規定に基づき実施される特定接種の対象となる事業者の登録について、以下の内容を申請します。

設立区分	設立区分を選択	施設区分	施設区分を選択	歯科診療所が所属する 郡市区歯科医師会名 (※)	施設区分で③歯科診療所 を選択した場合のみ記載
ふりがな					
事業所名					
所在地	郵便番号	-			
	都道府県を選択				
電話番号	-	-	E-mail アドレス	@	
事業の種類	事業の種類を選択		業務継続計画を作成 していること	作成している場合は丸印を選択して下さい	
登録対象業務の従業者数 (人)	○	うち申請事業者の 従業者数 (人)		うち外部事業者の 従業者数 (人)	

接種実施医療機関 ※申請事業所が自事業所で接種を実施する場合は記載不要

ふりがな					
医療機関名					
所在地	郵便番号	-			
	都道府県を選択				
電話番号	-	-	E-mail アドレス	@	