**再融通用引継ぎシート**

※　濃い文字で記入する。更に次の施設に移送する場合は、受けとった本票をコピーの上、追記し引き継ぐ。**追記前の本票**は、融通元接種施設において保管すること。

※　再融通（Ｃ欄の２→３、３→４、４→５の融通）を**行う**接種施設は、**追記後の本票**を様式７－４とともに、都道府県に送付すること。

**Ａ：基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| ■社名と融通するロット番号 |  |

**Ｂ：冷蔵保存　開始日時・保存期限記録欄　（冷蔵保存を開始した施設が記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| ■冷蔵保存（２℃～８℃）に移行した日時  　※冷凍庫から出した日時 | ①  　　　年　　　月　　　日  　　　　午前・午後　　　　時　　　分 |
| ■冷蔵保存期限  ※ただし、バイアルの最終有効期限の方が早い場合はバイアルの最終有効期限を記入する。 | ①  　　　年　　　月　　　日  　　　　午前・午後　　　　時　　　分 |

**Ｃ：移送先記録欄　（融通する毎に、融通元の施設が追記して融通先の施設に渡す）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 保存方法  ○を付ける | 移送方法  ○を付ける | 受渡し日時 | 受渡し本数 |
| 1 |  | 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 |  | | |
| 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 | 月　　　日  午前・午後 　　時　　分 | 本 |
| 2 |  | 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 |
| 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 | 月　　　日  午前・午後 　　時　　分 | 本 |
| 3 |  | 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 |
| 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 | 月　　　日  午前・午後 　　時　　分 | 本 |
| 4 |  | 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 |
| 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 | 月　　　日  午前・午後 　　時　　分 | 本 |
| 5 |  | 超低温冷凍  通常冷凍  冷蔵 |
|  | | |

**注：ファイザー社ワクチンで移送又は保存時に、**

**通常冷凍(-15℃～-60℃)を行った場合は、以下に記入する。**

　　※通常冷凍(-15℃～-60℃)は、１回に限り、２週間まで実施できる。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 日付 |
| 通常冷凍の開始  （超低温冷凍から） |  | 月　　　日 |
| 通常冷凍の終了  （超低温冷凍又は冷蔵へ） |  | 月　　　日 |