別紙様式1

医 療 機 関 リ ス ト

市町村名

接種医療機関名	所在地（住所）	医療機関管理者名	接種範囲	契約方法（予定）

※「接種範囲」欄には、当該受託医療機関に勤務する医療従事者及び当該受託医療機関に入院又は通院する者以外の者に接種を行わない場合は、「×」を記入すること。
※「契約方法（予定）」欄には、医師会を通じた契約を予定している場合は「1」、市町村を通じた契約を予定している場合は「2」、国直轄の医療機関は「3」を記入すること。