

記載例

(申請年月日) 平成25年12月20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)

本記載例の場合は、神奈川県に提出します。

申請者	いりょうほうじんこうせいかい
ふりがな	
事業者名	医療法人厚生会
ふりがな	やまだたろう
代表者の氏名	山田太郎
所在地	郵便番号 470-3231 東京都 千代田区霞が関1丁目2番2号
電話番号	03-1111-2222
E-mail アドレス	kousei@kusuri.co.jp

申請年月日を和暦で記載してください。

法人名を記載してください。

市町村以下を記載してください。

都道府県をリストより選択してください。

電話番号、E-mailは半角英数字でご記入ください。

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	①民間	施設区分	②診療所（歯科を除く）	歯科診療所が所属する 市区町村医師会名 （※）	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	いんふるえんざよぼうしんりょうしょ				
事業所名	インフルエンザ予防診療所				
所在地	郵便番号 222-3232 神奈川県	川崎市川崎区1丁目2番3号 新型ビル3階			
電話番号	042-1111-1111	E-mail アドレス	influ@clinic.co.jp		
事業の種類	①新型インフルエンザ等医療提供 を行う事業	業務継続計画を作成 していること	○		
登録対象業務の従業者数（人）	7	うち申請事業者の 従業者数（人）	5	うち外部事業者の 従業者数（人）	2

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		

法人化していない個人事業主の場合、事業者名と同一となります。

市町村以下を記載してください。

電話番号は、半角及びハイフンで記入ください。また、市外

E-mailは、半角英数字で記入ください。

プルダウン形式です。リストより選択してください。

自動計算されますので、ここには何も記載しないでください。

自事業所で接種を実施するため記載していません。