

登録申請書の入力例(民間)

別添2

1. 申請者の設立主体の選択

申請者の設立主体	
<p>申請者の設立主体を選択してください。 ※「民間」を選択すると、登録事業者の申請画面に、「国、都道府県、市区町村」を選択すると国、都道府県、市区町村の報告画面に移行します。</p>	<p>国、地方公共団体、行政 執行法人及び特定地方 独立行政法人以外の場 合は、「民間」を選択して 下さい。</p>
<p><input checked="" type="radio"/> 民間 <input type="radio"/> 国、都道府県、市区町村</p>	

2. 登録申請書の入力例

特定接種登録申請書		
<p>厚生労働大臣 殿</p> <p>※ <input type="checkbox"/> 【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】</p> <p>新型コロナウイルス等対策特別措置法（平成24年法律第32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。本申請書には産廃の記載はありません。</p>		
<p>申請者 (事業者) 情報</p>	<p>※ 事業者名</p> <input type="text"/>	<p>申請書の入力に偽りがな いことをチェックして下さい。</p>
	<p>※ 事業者名(ふりがな)</p> <input type="text"/>	
	<p>※ 代表者氏名</p> <input type="text"/>	<p>法人名を入力して下さい。</p>
	<p>※ 代表者氏名(ふりが な)</p> <input type="text"/>	
	<p>※ 郵便番号 半角数字でハイフン不要</p> <input type="text"/>	<p>7桁の数字を入力し、検索ボタ ンを押すと、所在地が自動入 力されます。町名以下を入力く ださい。</p>
	<p>※ 所在地(都道府県)</p> <p>- 未選択 -</p>	
	<p>※ 所在地(市区町村)</p> <p>- 未選択 -</p>	<p>市外局番から入力して下さい。 ハイフン及び括弧は用いないで ください。</p>
	<p>※ 所在地(町名以下)</p> <input type="text"/>	
	<p>※ 電話番号 半角数字でハイフン不要</p> <input type="text"/>	<p>E-mailアドレスは自動入力され ているので、変更が必要な場合 は半角英数字で入力すること。</p>
	<p>FAX番号 半角数字でハイフン不要</p> <input type="text"/>	
	<p>※ E-mailアドレス</p> <input type="text" value="test-tokutei@mhlw.go.jp"/>	<p>産業医の選任をしている場合 は「有」にチェックして下さい。</p>
	<p>※ 産業医の選任の有無 事業の種類が、新型コロナウイルス等 感染症等感染症、重大・緊急医療 型、社会保険・社会福祉・介護 事業は選任の必要はないが 「有」にチェックすること</p> <p><input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>	
<p>※ 業務継続計画の有無</p> <p><input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p>	<p>業務継続計画を作成している 場合は「有」にチェックして下 さい。</p>	
<p>備考1</p> <input type="text"/>		
<p>備考2</p> <input type="text"/>	<p>入力不要</p>	
<p>次へ</p> <p>クリア</p>		

事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード
 こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。

複数の事業所及び事業の種類を入力する場合は、Excelに入力することで一括でアップロードが出来ます。

事業所情報

※事業所名

※事業所名(ふりがな)

※郵便番号
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号
半角数字でハイフン不要

E-mailアドレス

申請事業者の全従業員

7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないで下さい。

入力不要

事業の種類情報

※事業の種類

※事業の種類の詳細1

事業の種類の詳細2

登録対象業務の従業者数(常勤換算)

※うち申請事業者の登録対象業務の従業者数

※うち外部事業者の登録対象業務の従業者数

備考

プルダウン形式です。リストから選択して下さい。

自動計算されるため入力出来ません。

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。

複数の事業の種類を登録する場合は追加登録できます。

接種実施医療機関情報

※医療機関名

※医療機関名(ふりがな)

※郵便番号
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号
半角数字でハイフン不要

E-mailアドレス

備考

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないで下さい。

*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。

複数の事業所を登録する場合は、追加登録出来ます。

登録申請書の入力例(国、都道府県、市区町村)

別添2

1. 申請者の設立主体の選択

申請者の設立主体	
申請者の設立主体を選択してください。 ※「民間」を選択すると、登録事業者の申請画面に、「国、都道府県、市区町村」を選択すると国、都道府県、市区町村の報告画面に移行します。	国、地方公共団体、行政 執行法人及び特定地方 独立行政法人の場合は、 「国、都道府県、市区町 村」を選択して下さい。
<input type="radio"/> 民間 <input checked="" type="radio"/> 国、都道府県、市区町村	

2. 登録申請書の入力例

特定接種登録申請書		
厚生労働大臣 殿 ※ <input type="checkbox"/> 【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】 新型コロナウイルス等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第26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。本申請書には虚偽の記載はありません。		
申請者 (事業者) 情報	※ 設立区分 - 未選択 - ※ 事業者名 ※ 事業者名(ふりがな) ※ 代表者氏名 ※ 代表者氏名(ふりがな) ※ 郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small> ※ 所在地(都道府県) - 未選択 - ※ 所在地(市区町村) - 未選択 - ※ 所在地(町名以下) ※ 電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small> ※ FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small> ※ E-mailアドレス test-tokutei@mhlw.go.jp 備考1 備考2	申請書の入力に偽りがな いことをチェックして下さい。 所属機関に応じ、①国②都 道府県③市区町村をリストか ら選択して下さい。 所属機関名を入力して下さい。 所属機関の代表者名を入力し て下さい。 7桁の数字を入力し、検索ボタ ンを押すと、所在地が自動入 力されます。町名以下を入力 ください。 市外局番から入力して下さい。 ハイフン及び括弧は用いない でください。 E-mailアドレスは自動入力され ているので、変更が必要な場合 は半角英数字で入力すること。 入力不要 事業の種類情報で、外部 事業者の登録対象業務 の従業者数を入力する場 合は、産業医を選任して いる旨及び業務継続計画 を作成している旨を入力 して下さい。
	<input type="button" value="次へ"/> <input type="button" value="クリア"/>	

事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード 参照...
 こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。

複数の事業所及び事業の種類を入力する場合は、Excelに入力することで一括でアップロードが出来ます。

事業所情報

※事業所名

※事業所名(ふりがな)

※郵便番号 検索
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号
半角数字でハイフン不要

E-mailアドレス

申請事業者の全従業員

7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないで下さい。

入力不要

事業の種類情報

※事業の種類

※事業の種類の詳細1

事業の種類の詳細2

登録対象業務の従業者数(常勤換算)

※うち申請事業者の登録対象業務の従業者数

※うち外部事業者の登録対象業務の従業者数

備考

プルダウン形式です。リストから選択して下さい。

自動計算されるため入力出来ません。

裁判所職員、警察職員、消防職員等に該当する公務員については、所定の事項を入力して下さい。

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

接種実施医療機関情報

※医療機関名

※医療機関名(ふりがな)

※郵便番号 検索
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号

E-mailアドレス

備考

複数の事業の種類を登録する場合は追加登録できます。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないで下さい。

*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

確認画面へ クリア

複数の事業所を登録する場合は、追加登録出来ます。