

医療機関等名称

年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種の実績報告書

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告します。

記

※本様式において「時間外等」は、時間外の他に、夜間・休日を指す。

	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	週の接種回数	週のうち、時間外等の接種体制の実施	備考
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			
時間外等の接種体制の有無								回		
接種回数（予診のみを含めない）										
	/	/	/	/	/	/	/			

接種回数計（予診のみを含めない）	回
------------------	---

（補助対象であるか確認するため、該当する場合はレ点を記入してください。）

本報告書の「接種回数（予診のみを含めない）」に集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績は含まれない。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関等名称

代表者氏名

印