

【様式 1 - 2】接種券発行申請者名簿（従業者）

番号		従業者氏名	性別	生年月日	住民票の登録地			利用者と接触 (直接接触あり○) (直接接触なし×)
					都道府県	市町村	町名番地	
例	施設/医療機関名	川棚 太郎	男	昭和・年・月・日	長崎県	川棚町	・・・郷・・・番地・・・	○
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								