様式第２号

巡回接種証明書兼同意書

＜巡回接種証明書＞

　　　　年　月　日に、（医療機関名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に巡回接種を受けたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種（入所者　　　人、従事者　　　人）  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  　□障害者支援施設　　□共同生活援助　　　　　□障害児入所施設　　□救護施設  　□養護老人ホーム　　□特別養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム　　□有料老人ホーム  　□認知症高齢者グループホーム　　□サービス付き高齢者向け住宅 |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 回目の接種　　　　人接種  　　※２回目の接種の場合：１回目の接種日は　　年　　月　　日・　　年　　月　　日  □要介護４又は５　　□重症心身障害（児）者  　　□難病患者（名称：　　　　　　　　　　　　）  　　□その他外出が困難で在宅での接種を要する者  　　　（巡回接種が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 同意書  　□　上記の巡回接種証明書について、静岡県新型コロナウイルスワクチン巡回接種促進支援金交付申請書類への添付文書として静岡県知事に提供することに同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **施設**での巡回接種  を受けた場合 | 施設名  所在地  施設の代表者　（署名） |

|  |  |
| --- | --- |
| **在宅**での巡回接種  を受けた場合 | 氏名　（署名）  （代筆可）  住　　所　　静岡県　　　　　　　　　　　　　市・町  （市町まで）  　※同一住宅内において、同じ日に複数の在宅療養者が接種を受けた場合は、代表者１人の署名とする。 |