

令和3年1月12日

各医療機関の長 様

広島県健康福祉局長
〒730-8511 広島市中区基町10-52
薬務課

新型コロナウイルスワクチンの接種予定者数及び
連携型接種施設の募集について（照会）

このことについて、令和3年1月8日付け厚生労働省健康局健康課長通知「医療従事者等への新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を行う体制の構築について」に基づき、照会しますので、次の事項に留意の上、「電子申請システム」（別紙）により、1月19日（火）までに回答してください。

《留意事項》

- 医療従事者等への優先接種は、ファイザー社のワクチンを念頭に、5日間（2～8℃での保存期間）で100人以上接種可能な医療機関（連携型接種施設）を接種場所として実施するものであること。
- 連携型接種施設は、自施設の接種予定者に加え、可能な限り、近隣の医療従事者等（歯科、薬局を含む）も接種することが望ましいこと（接種費用は市町から国保連経由で支払われる予定）。
- 医療従事者等とは、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む）と頻繁に接する者として、各施設の判断により対象（診療科、職種は限定しない、委託業者を含む）とできること。
- 接種場所、接種日時については、調整のうえ、おって連絡する予定であること。
- ワクチンは、基本型接種施設（超低温冷凍庫（2か月間保存可能）の設置施設として県が調整する大規模病院等）から冷蔵で連携型接種施設へ移送できること。

《照会回答する内容》

- 1 自施設の接種予定者数
- 2 連携型接種施設として接種を行うことの可否
- 3 （上記2で「可」の場合）
自施設の職員以外の、地域の医療従事者等（自治体職員を含む）の受入れ接種可能人数
- 4 （上記2で「否」の場合）
自施設の職員の接種場所として希望する近隣の医療機関名（任意）

※期限までに回答がない場合は、接種予定者がいない、かつ、連携型接種施設として接種を行う意向はないものと判断させていただきますので御了承ください。

担当 製薬振興グループ
電話 082-513-3223（ダイヤルイン）
（担当者 半田，深本）

【電子申請システムでの回答方法】

パソコン、スマートフォン、タブレットで、次のいずれかの方法により回答してください。なお、貴院の端末だけでなく、従事者個人の端末（スマートフォン等）からも御回答いただけます。

《方法1》

- ①右の二次元コードを読み取る。
- ②『利用者登録せずに申し込む方はこちら』をクリックする。
- ③表示された画面で回答する。

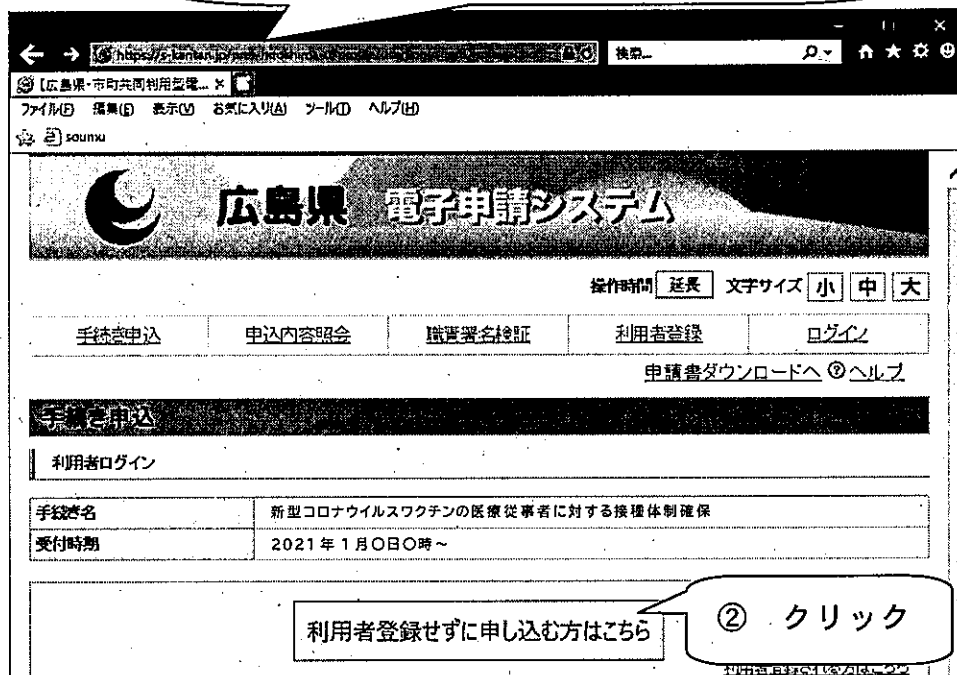
↓二次元コード



《方法2》

- ①次の URL を入力する。
https://s-kantan.jp/pref-hiroshima-u/offer/offerList_detail.action?tempSeq=6536
- ②『利用者登録せずに申し込む方はこちら』をクリックする。
- ③表示された画面で回答する。

① URL は、ブラウザのこの部分に直接入力



広島県 電子申請システム

操作時間 [延長](#) 文字サイズ [小](#) [中](#) [大](#)

[手続き申込](#) [申込内容照会](#) [職歴署名検証](#) [利用者登録](#) [ログイン](#)

[申請書ダウンロードへ](#) [ヘルプ](#)

新規申込み

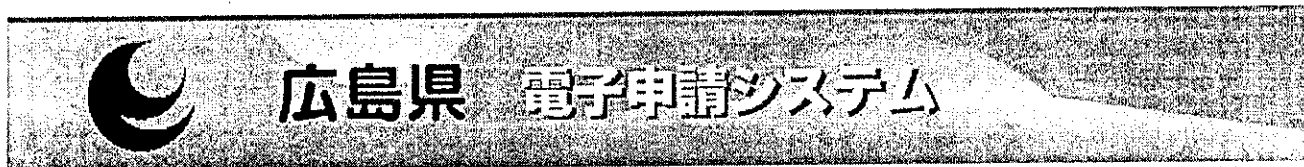
利用者ログイン

手続き名	新型コロナウイルスワクチンの医療従事者に対する接種体制確保
受付時期	2021年1月〇〇時～

利用者登録せずに申し込む方はこちら

↓

③表示された画面で回答



様式管理

プレビュー 新型コロナウイルスワクチンの医療従事者に対する接種体制構築(病院・診療所)

新型コロナウイルスワクチンの医療従事者に対する接種体制構築(病院・診療所)

※印があるものは必須です。
▲印は選択肢の結果によって入力条件が変わります。

施設名※	入力例)県庁病院 <input type="text"/>
開設者※	個人開設の場合は氏名, 法人開設の場合は法人名を記入してください。 ○ 氏: <input type="text"/> 名: <input type="text"/> ○ 法人名: <input type="text"/>
郵便番号※	ハイフンなしで記入してください。 入力例)730-0000は7300000と入力 <input type="text"/> <input type="button" value="住所検索"/>
施設所在地※	入力例)広島市中区基町10-52 <input type="text"/>
電話番号※	ハイフンなしで記入してください。 入力例)012-345-6789は0123456789と入力 <input type="text"/>
メールアドレス	入力例)aaa@bbb.ne.jp <input type="text"/>
担当部署又は役職※	入力例)医事課 <input type="text"/>
担当者※	入力例)県庁 太郎 <input type="text"/>

■ 照会内容

自施設の接種予定者数※	貴院の従事者のうち, 優先接種を受ける予定である医療従事者等(※)の人数を記入してください。(半角数字) ※医療従事者等の範囲 新型コロナウイルス感染症患者(疑い患者を含む。)と頻繁に接する機会のある医師その他の職員。 ・診療科, 職種は限定しない(歯科も含まれる。) ・委託業者についても, 新型コロナ患者と頻繁に接する場合は貴院の判断で対象とできる。 <input type="text"/> 人
連結型接種施設として接種を行うことの可否※	貴院では, 連携型接種施設(※)として, 他施設の医療従事者を含め, 医療従事者向けの新型コロナウイルスワクチンの優先接種ができますか。 ※連携型接種施設 基本型接種施設(超低温冷凍庫の設置施設として県が調整する大規模病院等)からワクチンを移送して自施設及び他施設の医療従事者等に接種する施設。 ・自施設に従事する接種予定者数が原則として概ね100人以上。 ・移送したワクチンは自施設の冷蔵設備(2~8℃)で保管。 <input type="checkbox"/> できる

	<input type="checkbox"/> できない
自施設の職員以外の、地域の医療従事者等の受入れ接種可能人数▲	【連携型接種施設として接種できる場合】 地域の医療従事者(自施設の医療従事者を除く。)等を5日間当たり何人受入れ接種可能かご記入ください。(半角数字) <input type="text"/> 人
希望する近隣の医療機関名 (任意)	【連携型接種施設として接種できない場合】 自施設の職員の接種場所として希望する近隣の医療機関名をご記入ください。(任意) <input type="text"/> 入力文字数: 0/30
自由記載	その他、御意見等ございましたら記入してください。 ※御記入内容に個別に回答するものではありませんので、回答が必要な場合は別途お問い合わせください。 <input type="text"/> 入力文字数: 0/100
■ その他 御回答いただいた内容は、接種体制の調整のため、市町及び医師会等医療関係団体に情報共有させていただきます。	

閉じる

fuyakumu@pref.hiroshima.lg.jp