記　載　例

| 接種者氏名（厚労太郎）※ | 性別 | 接種者生年月日 | 医療従事者/高齢者施設等従事者<br>「医療従事者」以外は選択しないでください。 | 所属機関<br>名称を記載してください。 | 接種予定者リストとりまとめ団体等<br>とりまとめ団体は「岡山県薬剤師会」と記載してください。 | 住民票に記載されている都道府県 | 住民票に記載されている市町村 | 住民票に記載されている町名・番地 | 市町村コード | ←桃色タイトル部分は情報を直接入力してください（青色タイトルは選択式になります） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| （記入例１）<br>厚労　太郎 | 男性 | 1960/1/30 | 医療従事者 | 厚労病院 | 岡山県薬剤師会 | 東京都 | 千代田区 | 霞が関１丁目２-２ | 131016 | 情報は正しく入力されています |
| （記入例２）<br>厚労　花子 | 女性 | 1970/1/30 | 医療従事者 | 港区高齢者施設 | 岡山県薬剤師会 | 東京都 | 港区 | 芝５丁目７-１ | 131032 | 情報は正しく入力されています |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |