医療従事者等優先接種予定者リスト（県歯科医師会）

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 「医療従事者」以外は選択しないでください。	所属機関 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 とりまとめ団体は「岡山県歯科医師会」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） 厚労　太郎	男性	1960/1/30	医療従事者	厚労病院	岡山県歯科医師会	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） 厚労　花子	女性	1970/1/30	医療従事者	港区高齢者施設	岡山県歯科医師会	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