新型コロナウイルスワクチン集団接種従事協力について（～7/10まで用）

令和　　　年　　　月　　　日

下野市長　様

申請者

住所

電話番号

下野市において実施する、新型コロナウイルスワクチン集団接種に協力したいので、下記のとおり、提出いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資　格  ※該当資格に○を  つけてください | 1.　医師　 2.　歯科医師　 3.　薬剤師 　4.　保健師　 5.　助産師　 6.　看護師  7.　臨床検査技師 | |
| ※医師の方：診療科をご記入ください　（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  ※保健師、助産師、看護師、の方： **筋肉内注射実施**　（　　**可　　・　　不可**　　） | |
| 日　時  ※希望する日時に  ○をつけてください  **複数可** | 1.　水曜日　14：00～16：00 | 2.　水曜日　16：00～18：00 |
| 3.　木曜日　14：00～16：00 | 4.　木曜日　16：00～18：00 |
| 5.　土曜日　14：00～16：00 | 6.　土曜日　16：00～18：00 |
| 7.　日曜日　9：30～11：30 |  |
| 8.　日曜日　13：00～15：00 | 9.　日曜日　15：00～17：00 |
| 会　場  ※希望する会場に  ○をつけてください  **複数可** | 1.　保健福祉センターきらら館  2.　国分寺公民館  3.　南河内公民館 | |