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（８月、９月実施分）

令和　　　年　　　月　　　日

下野市長　様

申請者

住所

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

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 |