＜　記載例　＞

所属機関の住所宛てに接種券付き予診票を発送します。
お間違えのないよう入力をお願いします。

1　所属機関情報の入力

所属機関（発送先）郵便番号	所属機関（発送先）住所	所属機関	担当者部署	担当者氏名	連絡先（電話番号）
231-8588	神奈川県横浜市中区日本大通り１	医療法人社団〇〇会　神奈川病院	総務課	神奈川　一郎	045-123-4567

郵便番号を７桁の半角数字で入力してください。
ハイフンは自動的に入力されます。

住所を入力してください。

所属機関名を入力してください。

担当者の部署と氏名を入力してください。

担当者の電話番号を入力してください。

2　接種予定者の入力

接種者氏名（神奈川　太郎）	性別	接種者生年月日	医療従事者	所属機関	接種予定者リストとりまとめ団体等	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	種別	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）
神奈川　太郎	男性	1960/4/1	医療従事者	医療法人社団〇〇会 神奈川病院	神奈川県	神奈川県	横浜市	中区日本大通り２丁目２－２　〇〇マンション202号室	1	141003	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

接種希望者の氏名を入力してください。

性別を選択してください。

生年月日を西暦・半角数字で入力してください。

医療従事者を選択してください。

所属機関名を入力してください。

神奈川県を選択してください。

市町村名を選択してください。

住民票に記載されている住所を入力してください。
建物名や部屋番号等についてもご入力ください。

種別を選択してください。
何れに該当するかは、所属機関でご判断ください。
【種別】
１：陽性患者の治療等に直接当たる医療従事者（医師、看護師、放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師等）
２：疑似症患者の治療等に直接当たる医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師等）
３：医療職以外で陽性患者・疑似症患者に接する可能性のある者（受付スタッフや清掃等の委託業者等）

自動で入力されますので、入力不要です。

入力後、「情報は正しく入力されています」と表示されることを確認してください。