

# 登録申請書(民間)

別添2

## 特定接種登録申請書

厚生労働大臣 殿

※  【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】

新型コロナウイルス感染症対策特別措置法（平成24年法律第31号）第28条の規定に基づき実施される特定接種の対象となる事業者の登録について、以下の内容を申請します。本申請書には産後の記載はありません。

申請者 (事業者) 情報	※ 事業者名	<input type="text"/>
	※ 事業者名(ふりがな)	<input type="text"/>
	※ 代表者氏名	<input type="text"/>
	※ 代表者氏名(ふりがな)	<input type="text"/>
	※ 郵便番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>
	※ 所在地(都道府県)	- 未選択 - <input type="button" value="▼"/>
	※ 所在地(市区町村)	- 未選択 - <input type="button" value="▼"/>
	※ 所在地(町名以下)	<input type="text"/>
	※ 電話番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>
	FAX番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>
	※ E-mailアドレス	<input type="text" value="test-tokutei@mhlw.go.jp"/>
	※ 産業医の選任の有無 事業の種類が、新型コロナウイルス感染症等伝染、重大・緊急医療型、社会保険・社会福祉・介護事業は選任の必要はないが「有」にチェックすること	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※ 業務継続計画の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	備考1	<input type="text"/>

## 事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード	<input type="button" value="参照..."/>
こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。	

事業所情報	※事業所名	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※事業所名(ふりがな)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 10%; text-align: center;" type="button" value="検索"/>
	※所在地(都道府県)	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	※所在地(市区町村)	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	※所在地(町名以下)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	E-mailアドレス	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	申請事業者の全従業員	<input style="width: 90%;" type="text"/>

事業の種類情報	※事業の種類	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	※事業の種類の詳細目1	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	事業の種類の詳細目2	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	登録対象業務の従業員数 <small>(常勤換算)</small>	0
	※うち申請事業者の登録 対象業務の従業員数	0
	※うち外部事業者の登録 対象業務の従業員数	0
	備考	<input style="width: 90%;" type="text"/>

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。

接種実施 医療機関情報	※医療機関名	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※医療機関名(ふりがな)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 80%;" type="text"/> <input style="width: 10%; text-align: center;" type="button" value="検索"/>
	※所在地(都道府県)	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	※所在地(市区町村)	- 未選択 - <input style="width: 20px;" type="button" value="▼"/>
	※所在地(町名以下)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	※電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	E-mailアドレス	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	備考	<input style="width: 90%;" type="text"/>

\*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。

# 登録申請書(国、都道府県、市区町村)

別添2

## 特定接種登録申請書

厚生労働大臣 殿

※  【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】

新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第28条の規定に基づき実施される特定接種の対象となる事業者の登録について、以下の内容を申請します。本申請書には連携の記載はありません。

申請者 (事業者) 情報	※ 設立区分	- 未選択 -	▼
	※ 事業者名	<input type="text"/>	
	※ 事業者名(ふりがな)	<input type="text"/>	
	※ 代表者氏名	<input type="text"/>	
	※ 代表者氏名(ふりがな)	<input type="text"/>	
	※ 郵便番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>	検索
	※ 所在地(都道府県)	- 未選択 -	▼
	※ 所在地(市区町村)	- 未選択 -	▼
	※ 所在地(町名以下)	<input type="text"/>	
	※ 電話番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>	
	FAX番号 半角数字でハイフン不要	<input type="text"/>	
	※ E-mailアドレス	test-tokutei@mhlw.go.jp	
	備考1	<input type="text"/>	
	備考2	<input type="text"/>	

次へ

クリア

## 事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード	参照...	こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。
事業所情報	※事業所名	<input type="text"/>
	※事業所名(ふりがな)	<input type="text"/>
	※郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>
	※所在地(都道府県)	- 未選択 -
	※所在地(市区町村)	- 未選択 -
	※所在地(町名以下)	<input type="text"/>
	※電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/>
	FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/>
	E-mailアドレス	<input type="text"/>
申請事業者の全従業員		<input type="text"/>
事業の種類情報	※事業の種類	- 未選択 -
	※事業の種類の詳細1	- 未選択 -
	事業の種類の詳細2	- 未選択 -
	登録対象業務の従業員数 <small>(常勤換算)</small>	0
	※うち申請事業者の登録 対象業務の従業員数	0
	※うち外部事業者の登録 対象業務の従業員数	0
	備考	<input type="text"/>

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。

接種実施 医療機関情報	※医療機関名	<input type="text"/>
	※医療機関名(ふりがな)	<input type="text"/>
	※郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>
	※所在地(都道府県)	- 未選択 -
	※所在地(市区町村)	- 未選択 -
	※所在地(町名以下)	<input type="text"/>
	※電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/>
	FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>	<input type="text"/>
	E-mailアドレス	<input type="text"/>
備考		<input type="text"/>

\*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。