別紙１

医療従事者等優先接種予定者リスト

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）

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	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）
											「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