

回 答 票

<送付先>

広島市健康推進課感染症対策係ワクチン担当

FAX 番号 082-504-2471

武田/モデルナ社ワクチン追加接種（3回目接種）の実施意向調査について（回答）

医療機関コード _____

住所 _____

医療機関名 _____

担当者名 _____

設問 追加接種（3回目接種）に使用するワクチンについて
該当する番号に○をして、最大接種可能回数を記載してください。

1 ファイザー社ワクチンと武田/モデルナ社ワクチンの両方を使用

ファイザー社ワクチン：最大接種可能回数 週 _____ 回（見込み）

武田/モデルナ社ワクチン：最大接種可能回数 週 _____ 回（見込み）

2 ファイザー社ワクチンのみ使用

最大接種可能回数 週 _____ 回（見込み）

3 武田/モデルナ社ワクチンのみ使用

最大接種可能回数 週 _____ 回（見込み）

※1・3を選択された医療機関には武田/モデルナ社ワクチンの薬事承認後、改めて御連絡いたします。

<御回答していただく設問は以上です。>