

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

武田社ワクチン（ノバボックス）の接種に係る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 _____

連絡先電話番号 _____

問1 武田社ワクチン（ノバボックス）（1～3回目接種）の実施について

- 1 希望する（→ 問2へお進みください。）
- 2 希望しない（→ 御回答していただく設問は以上です。）

問2 全国的に武田社ワクチン（ノバボックス）の供給量が少ないことから、おおよその配送量を把握するため、最大接種回数の見込みを記載してください。

※7月下旬に順次国から配送されます。

最大接種可能数 週 回 （見込み）

〔留意事項〕

- ・ 実施希望の施設が多い場合は、広島県において施設数を調整することがあります。
- ・ 1箱（1バイアル/10回接種分）を最小単位として、原則国からの直送となります。
- ・ ワクチン配送は、第4クール（7/18週&7/25週）を予定しています。
（第4クールは全国で200万回分を上限に配送される予定です。）
- ・ 全国から一定量を超えるワクチンの希望があった場合は、広島県において納品数の調整が行われるため、ワクチンが納品されない場合があります。
- ・ ノバボックスの接種を実施する施設については、接種券同封チラシ及び広島市ホームページ等に掲載することになりますので、御了承ください。

<御回答していただく設問は以上です。>