

**記載例**

(申請年月日) 平成26年1月20日

特定接種登録申請書

厚生労働大臣 殿  
(事業所の所在地の都道府県経由)

本記載例の場合は、神奈川県に提出します。

申請者		
ふりがな	いりょうほうじんこうせいかい	
事業者名	医療法人厚生会	
ふりがな	やまだたろう	
代表者の氏名	山田太郎	
所在地	郵便番号	470-3231
	東京都	千代田区森が岡1丁目2番2号
電話番号	0311112222	
FAX番号	0311112223	
E-mail アドレス	kousei@kusuri.co.jp	

- 西暦年/月/日のように入力し、Enterを押すと和暦で記載されます。
- 法人名を記載してください。法人化していない個人事業主は、氏名を記載してください。
- 個人事業主の場合は記載不要です。
- 7桁の数字を入力し、Enterを押すとハイフンが間に入ります。
- 都道府県をリストから選択してください。
- 市区町村以下を記載してください。
- 市外局番から記載してください。ハイフン及び括弧は用いないでください。
- E-mailは半角英数字で記載してください。

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、新型インフルエンザ等対策特別措置法第28条第1項第1号の医療の提供の業務を行う事業者の登録に関する規程（平成25年厚生労働省告示第370号）第5条第1項の規定に該当する虚偽の記載はありません。

設立区分	①民間	施設区分	②診療所（歯科を除く）	歯科診療所が所属する 都市区歯科医師会名 (※)	施設区分で③歯科診療所 を選択した場合のみ記載
ふりがな	いんふるえんざよぼうしんりょうじょ				
事業所名	インフルエンザ予防診療所				
所在地	郵便番号	222-3232			
	神奈川県	川崎市川崎区1丁目2番3号 新型ビル3階			
電話番号	04211111111		FAX番号	04211111112	
E-mail アドレス	influ@clinic.co.jp				
事業の種類	①新型インフルエンザ等医療提供 を行う事業	業務継続計画を作成 していること	○		
登録対象業務の従業者数（人）	7	うち申請事業者の 従業者数（人）	5	うち外部事業者の 従業者数（人）	2

- 7桁の数字を入力し、Enterを押すとハイフンが間に入ります。
- 都道府県をリストから選択してください。
- 市区町村以下を記載してください。
- 市外局番から記載してください。ハイフン及び括弧は用いないでください。
- E-mailは半角英数字で記載してください。
- ブルダウン形式です。リストから選択してください。
- 自動計算されますので、ここには何も記入しないでください。

接種実施医療機関 ※申請事業所が自事業所で接種を実施する場合は記載不要

ふりがな					
医療機関名					
所在地	郵便番号				
	都道府県を選択				
電話番号			FAX番号		
E-mail アドレス					

自事業所で接種を実施するため、記載していません。