様式2

# 高齢者施設従事者優先接種予定者リスト

| 接種者氏名（厚労太郎） ※ | 性別 | 接種者生年月日 | 医療従事者/高齢者施設等従事者 | 所属機関 | 接種予定者リストとりまとめ団体等 | 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 | 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） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 例：〇▽　◇◆ | 男性 | 1971/8/8 | 高齢者施設等従事者 | 株式会社　×× | 介護保険サービス事業者協議会 | 岐阜県 | 各務原市 | 8- | 212130 | 情報は正しく入力されています |
| | | | 高齢者施設等従事者 | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | 高齢者施設等従事者 | | | | | | | 「接種者氏名 ※」を入力してください |
| | | | 高齢者施設等従事者 | | | | | | | 「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 |
| | | | | | | | | | | 「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 |