

(2) 入力例 (薬局、訪問看護ステーション、助産所用)

入力の際には、【(3) 手引き】も併せて御確認ください。

登録申請書の入力例(民間)

【国、都道府県、市町村】版は添付を省略しました
必要な方は本市ホームページを御確認ください。

1. 申請者の設立主体の選択

申請者の設立主体	
申請者の設立主体を選択してください。 ※「民間」を選択すると、登録事業者の申請画面に、「国、都道府県、市区町村」を選択すると国、都道府県、市区町村の報告画面に移行します。	国、地方公共団体、行政 執行法人及び特定地方 独立行政法人以外の場 合は、「民間」を選択して 下さい。
<input checked="" type="radio"/> 民間 <input type="radio"/> 国、都道府県、市区町村	

2. 登録申請書の入力例

特定接種登録申請書		
厚生労働大臣 殿		
※ <input type="checkbox"/> 【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】		
新型コロナウイルス感染症対策特別措置法（平成24年法律第21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、以下の内容をお願いします。本申請書には産廃の記載はありません。		
申請者 (事業者) 情報	※ 事業者名	法人名を入力して下さい。法人化していない個人事業主は氏名を入力して下さい。
	※ 事業者名(ふりがな)	個人事業主の場合は再度氏名を入力して下さい。
	※ 代表者氏名	7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。
	※ 代表者氏名(ふりがな)	市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いないでください。
	※ 郵便番号 半角数字でハイフン不要	E-mailアドレスは自動入力されているので、変更が必要な場合は半角英数字で入力すること。
	※ 所在地(都道府県) - 未選択 -	「有」にチェックして下さい。
	※ 所在地(市区町村) - 未選択 -	業務継続計画を作成している場合は「有」にチェックして下さい。
	※ 所在地(町名以下)	入力不要
	※ 電話番号 半角数字でハイフン不要	
	※ FAX番号 半角数字でハイフン不要	
※ E-mailアドレス test-tokutei@mhhlw.go.jp		
※ 産廃の選任の有無 事業の種類が、新型コロナウイルス感染症等選任、重大・緊急感染症、社会保険、社会福祉、介護事業は選任の必要はないが「有」にチェックすること	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
※ 業務継続計画の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考1		
備考2		
次へ		
クリア		

※開設届等と一致させること

※法人化していない場合は事業主個人の氏名、住所等となります。

※「無」の場合は登録できません。

事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード 参照...
 こちからExcelのファイルをアップロードすることができます。

事業所情報

※事業所名
 ※事業所名(ふりがな)
 ※郵便番号
半角数字でハイフン不要
 ※所在地(都道府県) - 未選択 -
 ※所在地(市区町村) - 未選択 -
 ※所在地(町名以下)
 ※電話番号
半角数字でハイフン不要
 FAX番号
半角数字でハイフン不要
 E-mailアドレス

請事業者の全従業員

※事業の種類 - 未選択 -
 ※事業の種類の詳細1 - 未選択 -
 ※事業の種類の詳細2 - 未選択 -

事業の種類情報

登録対象業務の従業者数
※勤労者数
 ※うち申請事業者の登録対象業務の従業者数
 ※うち外部事業者の登録対象業務の従業者数
 備考

複数の事業所及び事業の種類を入力する場合は、Excelに入力することで一括でアップロードが出来ます。

※法人等が多数の事業所を一括して申請する場合のみ

7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いない下さい。

入力不要

プルダウン形式です。リストから選択して下さい。

自動計算されるため入力出来ません。

歯科診療所が属する郡市区歯科医師会名を入力して下さい。

対象職種等の方について常勤換算した人数を入力して下さい。
 ※【(3)手引き】P5~P8参照

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

複数の事業の種類を登録する場合は追加登録できます。

接種実施医療機関情報

※医療機関名 病院
 ※医療機関名(ふりがな) びょういん
 ※郵便番号 1008916
半角数字でハイフン不要
 ※所在地(都道府県) 東京都
 ※所在地(市区町村) 千代田区
 ※所在地(町名以下) 霞が関1丁目2-2
 ※電話番号 000000
半角数字でハイフン不要
 FAX番号
半角数字でハイフン不要
 E-mailアドレス
 備考

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いない下さい。

覚書を交わした医療機関について記載してください。
 ※発生時に、ワクチンはこちらの医療機関宛て届く予定です

他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

複数の事業所を登録する場合は、追加登録出来ます。

確認画面へ クリア

登録申請書の入力例(国、都道府県、市区町村)

別添1

1. 申請者の設立主体の選択

申請者の設立主体

申請者の設立主体を選択してください。
※「民間」を選択すると、登録事業者の申請画面に、「国、都道府県、市区町村」を選択すると国、都道府県、市区町村の報告画面に移行します。

民間
 国、都道府県、市区町村

国、地方公共団体、行政
 執行法人及び特定地方
 独立行政法人の場合は、
 「国、都道府県、市区町
 村」を選択して下さい。

2. 登録申請書の入力例

特定接種登録申請書

厚生労働大臣 殿

※ 【下記の内容を読み、同意する場合はチェック項目にチェックをしてください。】

新型コロナウイルス等対策特別措置法（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。本申請書には虚偽の記載はありません。

申請者 (事業者) 情報	※ 設立区分	- 未選択 -	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">申請書の入力に偽りが ないことをチェックして下 さい。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">所属機関に応じ、①国②都 道府県③市区町村をリス トから選択してください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">所属機関名を入力してく ださい。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">所属機関の代表者名を入 力してください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">7桁の数字を入力し、検 索ボタンを押すと、所 在地が自動入力されま す。町名以下を入力く ださい。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">市外局番から入力して下 さい。 ハイフン及び括弧は用 いなくてください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">E-mailアドレスは自動 入力されているので、 変更が必要な場合は 半角英数字で入力す ること。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">入力不要</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">公設医療機関の開 設者のみ、業務継 続計画を作成して いる旨を入力して 下さい。</div>
	※ 事業者名		
	※ 事業者名(ふりがな)		
	※ 代表者氏名		
	※ 代表者氏名(ふりが な)		
	※ 郵便番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>		
	※ 所在地(都道府県)	- 未選択 -	
	※ 所在地(市区町村)	- 未選択 -	
	※ 所在地(町名以下)		
	※ 電話番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>		
	※ FAX番号 <small>半角数字でハイフン不要</small>		
	※ E-mailアドレス	test-tokutei@mhlw.go.jp	
備考1			
備考2			

事業所と接種実施医療機関の登録

リストのアップロード 参照...
 こちらからExcelのファイルをアップロードすることができます。

事業所情報

※事業所名

※事業所名(ふりがな)

※郵便番号 検索
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号
半角数字でハイフン不要

E-mailアドレス

申請事業者の全従業員

事業の種類情報

※事業の種類

※事業の種類の詳細1

事業の種類の詳細2

登録対象業務の従業者数(常勤換算)

※うち申請事業者の登録対象業務の従業者数

※うち外部事業者の登録対象業務の従業者数

備考

複数の事業所及び事業の種類を入力する場合は、Excelに入力することで一括でアップロードが出来ます。

7桁の数字を入力し、検索ボタンを押すと、所在地が自動入力されます。町名以下を入力ください。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いない下さい。

入力不要

プルダウン形式です。リストから選択して下さい。

自動計算されるため入力出来ません。

他にも事業の種類を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

接種実施医療機関情報

※医療機関名

※医療機関名(ふりがな)

※郵便番号 検索
半角数字でハイフン不要

※所在地(都道府県)

※所在地(市区町村)

※所在地(町名以下)

※電話番号
半角数字でハイフン不要

FAX番号
半角数字でハイフン不要

E-mailアドレス

備考

複数の事業の種類を登録する場合は追加登録できます。

市外局番から入力して下さい。ハイフン及び括弧は用いない下さい。

*他にも事業所を登録する場合はクリックしてください。 追加登録

確認画面へ クリア

複数の事業所を登録する場合は、追加登録出来ます。