**高齢者施設における新型コロナワクチン接種に関する現状確認について**

**≪質問≫**

**問１　常勤、非常勤を問わず、貴施設に嘱託医が配置されていますか？**

　YES　（　）

　　※いる場合、常勤、非常勤の別をお答えください。（　　　　　　）

　NO　 （　）

**問２　協力医療機関等による巡回での新型コロナワクチンの接種が定期的に行われていますか？**

　YES　（　）

　NO　 （　）

※　問１と問２について、どちらもNOに回答をした施設は、問３を回答してください。

**問３　県がバス等により、施設まで出張接種をしてくれるのであれば、施設利用者の意向を確認し、バス派遣の利用の検討をしてみたい。**

　YES　（　）　→　　問４をお答えください。

　NO 　（　）　→　　質問は以上となります。

**問４　１１月１日時点での、貴施設の利用者の人数をお教えください。**

　（　　　　　人）

　施設名：

　担当者名：

　連絡先電話番号：

※ありがとうございます。お手数ではございますが、１１月２８日（月）までに御回答ください。