**大学等を活用したワクチン接種の拡大方策に係る**

**文部科学省相談様式**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学名 |  |  |
| 養成職種 | □医師　□歯科医師　□看護師　□臨床検査技師　□救急救命士 |
| 事務連絡担当者氏名及び連絡先 | 氏名 |
| 事務連絡担当者氏名及び連絡先出席予定者氏名・職名等（全員について御記入ください。） | 職名 |  | TEL |  |
| 氏名 |  |  |

|  |
| --- |
| 確認事項 |
| ①学内におけるワクチン接種を開始する上で、いつからいつまで、場所、人員どのくらい協力が可能でしょうか。 |
| 期間：○月○日～○月○日想定される場所（住所）人員：（１日あたり提供可能な人数）医師○人　　歯科医師○人　看護師○人　合計○人接種体制：○レーン×（１時間あたり）○人×○時間×○日間被接種者：合計○人 |
| ②学内調整事務に関する負担について、現時点で想定される課題がございましたらお聞かせください。 |
| （名簿の管理）特に接種券なしでの接種を進めるとした場合の住所地外接種の処理の仕方等（場所）（打ち手）（その他） |
| ③以下のいずれかの方々への接種拡大の検討状況及び実施予定をお知らせ下さい。○ 自大学以外の大学等・専門学校の教職員・学生等（ワクチン接種を義務化している海外の大学に，学位取得を目的とした留学を予定している者で，文部科学省より接種対象者として要請した者を含む）○ 近隣の幼稚園，小・中・高等学校，特別支援学校などの教育関係職員○ 近隣に所在している住民　等 |
|  |
| ④今後、被接種者を拡大するにあたって、自治体との調整事務に関する負担について、現時点で思いつく課題がございましたらお聞かせください。 |
| （名簿の管理）（場所）（打ち手）（その他） |