

# コロナワクチン希釈・充填事業報告書

名前

体温

℃

従事年月日

会場名

## 報告事項

### ※報告事項記載

改善点、設備面、報告事項、インシデント事項があれば記載をお願いします。

また、地域活動証明書発行希望の方は活動内容もお書きください。

**この書類提出をもって参加としますのでお忘れなく提出ください。**

**期限は参加後5日以内にメール、またはFAXでお願いいたします。**

**メール [jimu3@senyaku.or.jp](mailto:jimu3@senyaku.or.jp) FAX 022-391-7088**

alt+enter で改行

(市薬確認欄)

責任者

印

公益社団法人 仙台市薬剤師会