

コロナワクチン希釈・充填事業報告書・地域活動証明書申請書

名前 体温 ℃

従事年月日 会場名

報告事項 参加薬剤師名

※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。

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 FAX 022-391-7088
alt+enter で改行

報告事項 1、接種人数 人

2、本日会場で使用した（取り出した）バイアル数 本

3、シリンジ、注射針などの不良品、破棄など あり なし

地域活動証明書発行希望 する しない

気が付いたこと、改善点、設備面、報告事項、インシデント事項（項目に○をつけて記入）

（市薬確認欄） 責任者 印

公益社団法人 仙台市薬剤師会