**新型コロナワクチン追加接種に係わる集団接種　派遣協力　申請用紙**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先 |  | |
| 勤務先電話番号・FAX | 電話　　　　　　　　　　　　　FAX | |
| 勤務先住所 | 〒 | |
| 協力者氏名 |  | 会 員　・　非 会 員 |
| 住所 | 〒 | |
| 緊急時連絡先 |  | |
| 薬剤師免許番号 |  | |
| 勤務可能曜日(複数可) | 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日・日曜日・祝日 | |
| 勤務可能時間(複数可) | 午前 ・ 午後 | |
| 希望勤務地(複数可) | 小田原・真鶴・湯河原・箱根・南足柄・大井開成・山北 | |
| 特記事項 | 新規参加　・　車通勤不可　・　月に　　回まで可能  その他→ | |
| リーダー希望 | **リーダーを希望する** | |

公益社団法人小田原薬剤師会 御中

上記の通り、新型コロナワクチン追加接種に係わる集団接種に協力致します。

令和　3　年　　　月　　　日

氏名（自署）

**申請期間： ～ 令和3年12月31日まで**

**FAX送信先：（公社）小田原薬剤師会　０４６５‐２３‐４８６０**