参考様式

ＭＲワクチン発注数量内訳書

卸売業者名：

　　　　　　医療機関名：

発注日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発注量 | （予定数合計） | 本 |
|      | 対象者① | （予定） | 人 |
| 対象者② | （予定） | 人 |
| 対象者③ | （予定） | 人 |
| 対象者④ | （予定） | 人 |
| その他 | （予定） | 人 |

対象者①　第５期を除く定期接種の対象者

対象者②　第５期の定期接種の対象者

対象者③　抗体価が低い妊娠を希望する女性や妊婦の同居家族で抗体価が低い者等

対象者④　麻しん対策として接種する医療関係者等

【注意】・発注する際には、予約状況等を勘案した上で、必要最低限の量を発注いただき、一度の発注で２週間分を上限とすることを原則としています。

・同居家族には配偶者の外、同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）を含みます。

・ワクチンの安定供給のためにも、ワクチンの任意接種に際しては、風しん抗体検査で低抗体であることを確認するなど、真に必要な方への接種にご理解ご協力をお願いします。