

学習塾等事業者の皆様へ

うるま市教育委員会
教育長 嘉手苺 弘美



新型コロナウイルス感染症のワクチン職域接種について（お知らせ）

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、昨今新型コロナウイルス感染症の陽性者が多く発生し、感染への不安を抱えている方も多くいらっしゃるかと思います。うるま市では、市内の企業様が実施しているコロナワクチンの職域接種について、企業様のご厚意により、市内の学習塾等事業者の皆様もワクチン接種が可能となりました。

つきましては、希望する方がいらっしゃいましたら、下記により予約申し込みをしていただきますようお願いいたします。

記

【対 象】うるま市内に所在する学習塾等関係者（経営者・講師）でワクチン接種を希望し、2回目までの接種が可能な方

（1回目） 9月11日（土）、9月12日（日）

（2回目） 10月9日（土）、10月10日（日）

【接種会場】沖縄県工業技術センター（うるま市州崎 12-2）

【接種ワクチン】モデルナ社製

【申込方法】別紙を参照し専用サイトにて各自で申込みを行う。（先着順）

※市の集団接種とは異なります。市内企業様ご提供の職域接種です。

※あくまでも希望者のみの接種です。強制ではありません。

※別紙の「新型コロナウイルスワクチン接種記録書」、「新型コロナウイルスワクチンの予診票」に記入し、身分証明書とともに当日接種会場へご持参ください。

シーメンスヘルスケア 職域接種予約サイト

◆手順

1. 予約には会員登録が必要となります。はじめに、ユーザー登録サイトにアクセスのうえ、メールアドレスを入力してください。

* 予約サイトは以下よりアクセスしてください。

<https://id.reserva.be/siemenshealthineers/977c715d5c4922e7713c5f7bf5d2d3a8>

【留意事項】

会員登録は接種希望者 1 人ずつの登録となり、メールアドレスも同じものは受け付けませんので接種希望者それぞれご準備ください。

2. 入力したメールアドレス宛に、会員登録用サイトの URL が届きます。
3. 会員登録用サイトに必要事項を入力してください。

【留意事項】

会員登録情報の登録する際、「所属会社名」と「紹介者氏名」の項目があります。**次表の登録者に
応じた名称を入力してください。**

登録者	登録項目	所属会社名	紹介者氏名の入力
職員、再任、会任		うるま市役所	なし ※「な」よりカ
同居家族等		うるま市役所（同居家族等）	うるま市役所
エッセンシャルワーカー、 委託会社等 学習塾等		※任意（事業所名等） 塾等名称	うるま市役所

4. 必要事項を入力後、「完了」ボタンをクリックすると予約サイトへのリンク「予約サイトへ戻る」が表示されますのでこちらを必ず選択してください。予約サイトよりご希望の会場と日時を選択してください。

接種会場名	日時
沖縄 第 1 Gr	9/4（土）9：00-16：00
	9/5（日）9：00-13：00
沖縄 第 2 Gr ※8/19 16：00より受付開始	9/11（土）9：00-16：00
	9/12（日）9：00-13：00

5. 予約が完了すると、登録したメールアドレス宛に登録完了のお知らせが届きます。
6. 1 回目の接種予約が完了すると、2 回目の接種予約が可能となりますので必ず続けて 2 回目の接種も予約してください。自動的に 4 週間後の日程が表示されますので、そのままご希望の時間を選択してください。尚、どうしてもご都合は悪い場合は【お問合せ】にてご連絡ください。

新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)	2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日		接種年月日	
2021年 月 日		2021年 月 日	
接種会場 シーメンスヘルスケア 株式会社		接種会場 シーメンスヘルスケア 株式会社	

必ず記入してご持参ください

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____年 _____月 _____日

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた方へ

後日、市町村から届いた接種券を必ず提出してください。

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付します。
ので、2回目の接種時にも必ずご持参ください。
- 2回目の接種までに、市町村に接種券が届いた場合は、会場に必ずお持ちください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)
- 接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ 氏 名	電話 番 号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

(クーポン貼付)

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は
保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	0 , 5 ml	実施場所 シーメンスヘルスケア株式会社 医師名 佐野 秀典	医療機関等コード 4 7 0 9 9 9 0 1 3 7 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 1 年 月 日