別紙様式2

受託医療機関リスト

都道府県名

受託医療機関名	所在地（住所）	代表者名	接種範囲

※「接種範囲」欄には、当該受託医療機関に勤務する医療従事者及び当該受託医療機関に入院又は通院する者以外の者に接種を行わない場合は、「×」を記入すること。