

<7/9 (金) 17:00<切> 【静岡市内指定障害福祉サービス事業所等向け】利用者のワクチン接種意向アンケート

下記のアンケートに御入力をお願いします。

静岡市では、令和3年8月から障がいのある方への優先接種が始まる見通しです。円滑な優先接種のあり方を検討するため、今回のアンケートにぜひ御協力ください。

① 7月1日時点での貴事業所利用者（放課後等デイサービス事業所にあつては12歳以上の方）のワクチン接種意向状況について御回答ください。

② 恐れ入りますが、御質問については、FAXにてお願いいたします。FAX：054-221-1108

なお、複数のサービスを利用している利用者の場合は、次の優先順位のとおり、順位番号の小さいサービス事業所が人数に含めて御回答ください。

<優先順位>

① 入所施設 ② 共同生活援助、福祉ホーム ③ 日中活動系サービス（※）（放課後等デイサービス・地域活動支援センターを含む）

④ 訪問系サービス（移動支援を含む） ⑤ 短期入所事業所

（※）③日中活動系サービス事業所を複数利用している場合は、上限管理事業所で御回答ください。

Q1.

事業所の基本情報を入力ください。 **必須**

事業所名 **必須**

_____ 0 / 60000

事業所番号（指定事業所は必須）

_____ 0 / 60000

電話番号

電話番号 **必須**

_____ 0 / 15

メールアドレス

メールアドレス **必須**

_____ 0 / 120

メールアドレス（確認） **必須**

_____ 0 / 120

管理者（担当者）名 **必須**

_____ 0 / 60000

Q2.

7月1日時点での利用者のワクチン接種について人数を入力ください **必須**

① 接種希望あり **必須**

_____ 人

② 接種希望なし **必須**

_____ 人

③ 接種済み・他で予約済み **必須**

_____ 人

Q3.

利用者のワクチン接種希望場所について人数を入力ください **必須**

①かかりつけの医療機関 **必須**

_____ 人

②静岡市で設置した集国会場（会場は未定） **必須**

_____ 人

③事業所（※） **必須**

_____ 人

（※）入所施設や生活介護などの事業所に配置されている嘱託医等が、事業所（又は事業所で設定する会場等）でワクチン接種をする場合

Q4.

利用者のワクチン接種会場についての意見・要望がありましたら御記入ください

_____ 0 / 60000

[（参考）新型コロナ・ワクチン接種に関する居宅介護等の特例的取扱いについて（PDFファイル）](#)

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する