

2021年9月1日

高萩高等学校 生徒の皆様

JX 金属株式会社 磯原工場
総務部 総務課

【ご案内】JX 金属 磯原工場における新型コロナウイルスワクチン職域接種について

今般、JX 金属 磯原工場にて新型コロナウイルスワクチン職域接種を実施するにあたり、当社内だけでなく、地域の皆様にもお声がけしております。

高萩高等学校の生徒の皆様につきましても、希望される方につきましては当社会場にて接種することが可能ですので、下記内容をご確認のうえ、予約サイトからお申し込みいただきますよう、お願い致します。

-記-

1. **接種対象者**

高萩高等学校の生徒で接種を希望する方

※接種にあたっては、**保護者の同意および接種時の同伴を必須**とします。

※接種当日は高校生のみではなく、当社従業員とその家族や地域の方々と共に接種していただくこととなります。

2. **予約方法**

以下のサイトにて、保護者あるいは接種希望者ご自身にてご予約ください。

<https://jxgr.smktg.jp/public/seminar/view/1>



※現時点、すでに予約可能です。

- ・スマートフォン、PCのいずれでも閲覧可能です。
- ・第1回目の予約後、マイページが作成されます。
マイページから、予約内容の変更・キャンセル、第2回目の予約等、実施いただきます。
- ・予約は**接種者毎**に行います。1つの予約画面で複数名の予約を取ることは出来ません。
- ・第2回目は、第1回目の接種後**4週間以上の間隔**をあげ予約してください。

3. **接種日時**

第1回目： 9月11日（土）、9月18日（土）、9月25日（土）の3日間

第2回目： 10月09日（土）、10月16日（土）、10月23日（土）の3日間

すべての日において10:00～となります。具体的な接種時間帯は予約サイトをご覧ください。

4. 接種会場

JX 金属 磯原工場

- ・受付場所： 商談コーナー（予約サイトにてご確認ください）
- ・住所： 茨城県北茨城市華川町白場 187-4

5. ご留意いただきたい事項

項目	内容
ワクチンについて	<p>ワクチンは「モデルナ製」となります。当該ワクチンの概要については以下よりご確認ください。</p> <ul style="list-style-type: none">・新型コロナワクチンの説明書 (https://www.mhlw.go.jp/content/000782621.pdf) <p>※16歳未満のお子様への接種をお考えの保護者の方は、こちらの説明書をご覧ください。 (https://www.mhlw.go.jp/content/000814126.pdf)</p> <ul style="list-style-type: none">・接種後の注意点 (https://www.mhlw.go.jp/content/000805693.pdf) <p>・ワクチンは、同じ会場で2回接種する必要があります。 この点をご認識のうえ、1回目、2回目の接種希望日時を予約いただくようお願いいたします。</p> <ul style="list-style-type: none">・第1回目の接種後、通常、4週間の間隔で2回目の接種を受けてください。・自治体から接種券が配布されていない場合も、接種可能です（後日、到着した接種券を提出いただきます）。
予約の変更・キャンセルについて	<p>予約の変更・キャンセルも可能ですが、予約日の前日 18:00 までにお願ひします。</p>
接種会場への入場方法・入場時刻について	<p>自家用車にてお越しの場合、従業員駐車場をご利用ください。 予約時間に磯原工場の商談コーナーにお越しくください。担当者がガードマンセンター付近にて誘導いたします。くれぐれも時間厳守願ひます。遅れる場合は、接種できない可能性もあります。</p>
接種当日について	<p>【持ち物】</p> <ul style="list-style-type: none">① 身分証明が出来るもの（学生証、健康保険証等）② 健康保険証（接種後に体調不良となった場合に必要のため。）③ 予診票（事前に4ページの予診票をA4サイズで印刷のうえ記入し、当日お持ちください。）④ 接種記録書（接種券をお持ちでない場合、事前に5ページの接種記録書をA4サイズで印刷のうえ記入し、当日お持ちください。）⑤ 接種券（お手元に届いていればお持ちください。お手元に届いていない場合には、後日提出いただきます）⑥ 予約票（印刷したもの、あるいはスマホ画面を当日の受付にて提示いただきます）

	<p>【服 装】 すぐに肩を出せる服装でお越してください。</p> <p>【体調管理】 以下の方は接種不可となりますので、予めご了承ください。 当日熱が 37.5℃以上ある方</p>
その他	接種会場以外の場所の出入りは禁止致します。

※ ワクチンは、厚生労働省から上記期日までに入手すべく準備し、接種を行なう医療スタッフの手配も完了しております。

しかしながら、同省も当方も全てが緊急対応で行なっている中、想定外の事象が起こることも懸念されます。ご予約いただいた接種期日の調整や、自治体等での接種に切替えをお願いすることもあるかもしれません。

万全を期しておりますが、かかる状況をご承知おきいただければ幸いです。

以上

新型コロナウイルス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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村				※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 ※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに 貼り付けてください (クーポン貼付)		
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

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)	医師署名又は記名押印
	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)	

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。
	シール貼付位置	0 . 5 ml	実施場所 J X金属株式会社職域接種会場	医療機関等コード 0 8 0 9 9 9 0 1 8 1
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 1 年 月 日

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	
接種年月日	メーカー/Lot No.
2021年	(シール貼付)
月 日	
接種会場	JX 金属株式会社職域接種会場
住所	茨城県北茨城市華川町臼場 187-4

2回目	
接種年月日	メーカー/Lot No.
2021年	(シール貼付)
月 日	
接種会場	JX 金属株式会社職域接種会場
住所	茨城県北茨城市華川町臼場 187-4

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____年 _____月 _____日

新型コロナ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持参してください。

- 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回目の接種にもご持参ください**。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。
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 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。)

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。

