

3 保予第 1 0 6 0 2 号
令和 3 年 1 1 月 2 4 日

追加接種受託医療機関の長 殿

久留米市長 大久保 勉
(久留米市新型コロナウイルスワクチンプロジェクト)

新型コロナウイルスワクチン接種に係る 3 回目接種（追加接種）に向けた受託意向調査の実施について（その 2）

日頃より、新型コロナウイルスワクチン接種事業にご理解とご協力を賜りお礼申し上げます。

今般、国及び福岡県から、令和 4 年 2 月及び 3 月の 3 回目接種（追加接種）等に用いるワクチンとしてファイザー社ワクチンの供給が大幅に減らされ、ファイザー社、武田／モデルナ社が下記のとおり配分されることが示されました。

前回のかかりつけ医（サテライト医療機関）への受託意向調査の際は、3 回目もファイザー社ワクチンを想定して、武田／モデルナ社が供給される場合もありうるとして、受託の判断を頂いたところですが、下記理由から、かかりつけ医(サテライト医療機関)では、武田／モデルナ社ワクチンを使用させていただくこととなり、再度、受託の意向を把握したく、調査を実施いたします。

つきましては、調査への回答にご協力を賜りますようお願いいたします。

記

1 久留米市へのワクチン配分量（2 月から 3 月分）

市町村		追加接種に必要なワクチン量（回数）		新12歳接種用 ワクチン量 （回数）	ファイザー社ワクチン配分量（箱数）			武田／モデルナ社 ワクチン配分量（箱数）	
		ファイザー社 ワクチン分配回数	武田／モデルナ社 ワクチン分配回数		PF3rd02	PF3rd03	合計		
4	久留米市	103,820	55,608	48,212	1,936	30	19	49	321

2 久留米市で使用するワクチンについて

上記配分量のとおり、ファイザー社ワクチンを協力医療機関及びサテライト医療機関の双方に分配するとワクチンが不足するため、下記理由にて、協力医療機関ではファイザー社製ワクチンを使用し、2 月から実施予定である、サテライト医療機関で使用するワクチンは武田／モデルナ社を使用することいたします。

- 久留米市では間違い接種を防ぐため、1 医療機関で 1 種類のワクチンを使用する。
- 協力医療機関では、ファイザー社ワクチンを使用して、1 2 月・1 月から 3 回目接種を行うため、2 月以降も引き続きファイザー社ワクチンを使用する。
- 協力医療機関では、1・2 回目接種も継続して行うため、武田／モデルナ社ワクチン

チンを分配した場合、接種量が1・2回目接種と3回目接種で異なることとなり、間違い接種の要因になることも考慮する。

3 武田／モデルナ社ワクチンの取扱い（受託医療機関には改めて説明予定です。）

①用法及び用量について

3回目接種時：0.25mL（15人分／1バイアル）

※1バイアルに上記分の用量が充填されており、希釈は不要です。

②配送について

接種体制に応じて、冷蔵（2～8℃）もしくは冷凍（－20℃±5℃）

※冷蔵での配送の場合：6バイアル（90人分）が最小単位となります。

冷凍での配送の場合：10バイアル（150人分）が最小単位となります。

③保存方法について

冷蔵の場合：冷蔵に移行後30日

冷凍の場合：製造日から9か月

④使用時について

1回あたり0.25mLを充填し使用（希釈不要）

一度針を刺したら6時間以内で使用する。

4 調査内容

- ・武田／モデルナ社ワクチンでの3回目接種（追加接種）の実施の希望について
- ・武田／モデルナ社ワクチン用（－20℃±5℃）ディープフリーザーの国から支給の希望について
- ・接種体制について

5 提出書類

別紙1「新型コロナウイルスワクチン接種に係る3回目接種（追加接種）に向けた受託意向調査（その2）」

6 回答期限

令和3年12月1日（水）17時まで【期限厳守でお願いいたします】

7 回答方法

メール（メールでも通知させていただいていますので、ご確認ください。届いていない場合は、恐れ入りますが、問合せ先までご連絡ください。）

8 その他

意向調査で「受託する」に回答した医療機関におかれましては、今後の情報提供はメールで行います。一日に1度はメールチェックをお願いします。

久留米市新型コロナウイルスワクチンプロジェクト

担当：久保田、澁田、倉富

TEL：0942-30-9176

FAX：0942-30-9198

Mail:wakuchin@city.kurume.fukuoka.jp

久留米市新型コロナウイルスワクチンプロジェクト 宛
Mail : wakuchin@city.kurume.fukuoka.jp

回答締切日：令和3年12月1日（金）17時まで

新型コロナウイルスワクチン接種に係る3回目接種（追加接種）に向けた
 受託意向調査（その2）

1 医療機関情報

医 療 機 関 名：
医 療 機 関 住 所： 久留米市
回 答 者 氏 名：

2 調査内容（枠内の当てはまるものに○をつけてください）

①武田／モデルナ社のワクチンでの3回目接種（追加接種）の実施を希望しますか。

受託する ・ 受託しない

【②で受託する場合】

②武田／モデルナ社ワクチン用（ $-20^{\circ}\text{C}\pm 5^{\circ}\text{C}$ ）ディープフリーザーの国から支給
 を希望しますか。（国から無償供与されます）

※接種体制（4週で150回以上等）に応じて、冷凍で配送する場合があります。

※冷凍庫が希望どおり分配供与されない場合は、冷蔵での配送となります。

希望する ・ 希望しない

3 医療機関情報の公表について

医療機関名称・住所及び、電話番号のほか、以下の情報についてホームページ等に掲
 載します(武田／モデルナ社のワクチン(1バイアル15人分)で記入ください)。

① 実施する曜日及び時間帯	(例) 月・水・金 14:00～16:00
② 一月当たり（4週間）の 接種人数	人（ バイアル）
③ 10週当たりの接種人数	人（ バイアル）
④ 予約方法	(例) 電話のみ