

2021 年 7 月 15 日

J T 職域接種をご希望の皆さま

日本たばこ産業株式会社  
J T 本社会場 職域接種事務局

### J T 職域接種のご案内（J T 本社会場）

JT 主催の職域接種について、下記のとおりご案内します。なお、ワクチン接種日時の予約は、ご自身でパソコンまたはスマホからお願いします。以下の内容をよくお読みいただき、ご参加にあたっては円滑な運営へのご理解とご協力をお願いします。

**7/27 更新：実施日を追加しました。詳細は下記をご参照ください。**  
**※実施日以外の内容については変更ありません。**

#### 1. 対象者

J T にご関係の企業・団体・お取引先の従業員の皆さま

- \* JT 本社会場の職域接種に 2 回とも参加 できる方（武田モデルナ製ワクチン使用）
- \* 年齢が、18 歳（接種日時点）以上、65 歳未満（1957 年 4 月 2 日生以降）の方
- \* 日本に居住し住民票がある方（接種券を提出できる方）
- \* 自治体から届いた「接種券」を 1・2 回目ともにお持ちいただける方
- \* 職域接種に必要な個人情報の提供に同意いただける方（別紙 1・2 参照）
- \* 当会場で実施する職域接種においては安全面に配慮し、妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は接種対象としないこととします。ただし、医療機関に赴いて接種を受ける場合は、医療機関によっては接種を受けることができる場合があります。

#### 2. 実施日程 ※赤字：変更箇所

1 回目：7 月 19 日（月）～ **8 月 13 日（金）** まで全ての平日（ただし、7 月 22 日、23 日の祝日は実施）

2 回目：8 月 10 日（火）～ **9 月 10 日（金）** まで全ての平日（ただし、祝日 8/9 の 4 週間後 9/6 は除く）

- \* 1 回目接種の 4 週間後の同曜日が 2 回目の接種日となります。2 回目の予約については会場でご案内します。  
（ただし、どうしてもその日に接種できない場合は、1 回目接種日の 3 週間後から 6 週間後の間に 2 回目の接種を受けて下さい。）

**\* 追加日程（1 回目：8 月 2 日(月)以降、2 回目：8 月 30 日(月)以降のそれぞれ上記最終日までの期間）  
については、7 月 28 日（水）より予約受付開始となります。**

#### 3. 実施場所

JT 本社（神谷町トラストタワー）30F

東京都港区虎ノ門 4-1-1 神谷町トラストタワー（最寄駅：東京メトロ日比谷線神谷町駅）※詳細は別紙 3 参照

- \* 1 階で入館用 QR コードを持ったスタッフがお待ちしておりますのでお名前をお伝えください。
- \* 予約時間より早く来場頂いても受付できないため、予約時間の 5 分前を目途にお越しください。

\*エレベーターを 30 階で降りて受付側に進み、接種会場案内の立て看板に従いお越しください。

#### 4. 留意事項

本ご案内は、ワクチン接種を確約するものではありません。予約枠が全て満席となった場合には、以降の接種はお受けできなくなりますので、ご理解くださいますようお願いいたします。また、記載に誤りがある場合は、接種をお断りさせていただく場合がございます。

#### 5. 接種当日の持参物

| 持参物等                                                                      | 1 回目               | 2 回目            |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>接種券</b><br>(自治体から送付)                                                   | <b>必要</b> (注 1)    | <b>必要</b> (注 1) |
| <b>予診票</b> * 会場専用<br>(別添または予約完了メール記載の URL よりダウンロード後印刷の上記入)                | <b>必要</b> (注 2)    | <b>必要</b> (注 2) |
| <b>身分証明書</b><br>(運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・パスポート・在留カード等)                      | <b>必要</b>          | <b>必要</b>       |
| <b>お薬手帳</b> (持っている方のみ)                                                    | 任意                 | 任意              |
| <b>新型コロナワクチン職域接種における個人情報の取り扱いに係る親権者等の同意書</b><br>(接種希望者が <u>未成年の場合</u> のみ) | 未成年の場合<br>必要 (注 3) | —               |

(注 1) 職域接種を行った場合、接種券に記載の番号を会社から行政へ報告する義務があることから、最終的には、接種者本人の「接種券」を必ず J T に提出していただきます。

※1 回目の接種時に、自治体から届いた接種券をお持ちいただける方のみを対象としますので、ご了承ください。

(注 2) 本社会場詳細ページより専用書式をダウンロードし、別紙 4 記載例を参考に遺漏なく記載してください。

(注 3) 未成年者の場合は、別紙 2 の同意書に親権者等の署名・押印の上、1 回目接種会場に当日お持ちください。

(注 4) 接種部位をだせるよう、T シャツ等の肩を出しやすい服装でのご来場をお願いいたします。

#### 6. 接種日当日の流れ

- ・入口での検温と手指消毒。
- ・会場スタッフが接種券・予診票・身分証明書を確認。
- ・医師が問診のうえ接種可能と判断すれば、ワクチン接種を行います。
- ・接種後、スタッフが予診票等に接種ワクチンのシールを貼付します。
- ・接種券・予診票をスタッフが最終確認後、予診票は回収。接種券は返却します。
- ・接種後 15 分～30 分程度待機します。気分が悪くなった場合は直ちに会場スタッフに伝えてください。

#### 7. 当日の注意点

- ・無断キャンセル、予約日時への遅参等がないようお願いいたします。
- ・職域接種の申込後に、自治体での接種を希望することを妨げることはありませんが、その際は所定の手続きに則り、速やかに J T での職域接種はキャンセルしてください。
- ・小さなお子様の同伴は、危険防止上、可能な限り控え願います。都合がつかない場合は、ベビーカーのみを可とさせてい

たきます。

- ・健康上の観点で接種に不安がある方は、事前に十分に主治医とご相談の上、接種会場へお越しください。また、過去に採血等で気分が悪くなる又は失神等を起こしたことがある方は、当日接種前にお申し出ください。

## 8. 予約方法（詳細は次ページ参照）

- ・会場予約ページ（URL/QRコード）へアクセスし、必ずご自身で予約を行ってください。
- ・自身の希望する日時をカレンダーから選択し、必要情報を入力のうえ、予約実施
- ・予約完了後、ご自身の接種会場情報（入館方法・緊急連絡先・事前記入書類等）を会場詳細ページにて確認  
※予約時にメールアドレスを登録した場合は、予約完了メールにて確認可能です

### 本社会場予約（1回目）

<https://ux.nu/l6zA4>



### 本社会場詳細ページ

<https://ux.nu/k6Lio>



2回目用の予約URL/QRコードは  
接種会場で配付します

## 9. キャンセル・日程変更等の方法

予約完了後のキャンセルおよび変更はご自身ではできませんので、事務局キャンセル時連絡先（メール）へ連絡してください。

- ・予約のキャンセルをする場合は、**【氏名、カナ、キャンセルしたい予約日時】を添えて事務局までメール**にてご連絡ください。
- ・日程変更の場合は、事務局へキャンセル連絡（メール）をしてください。キャンセル処理完了メールが届きますので、ご本人様より改めてシステムにて変更後の予約をしてください。
- ・メールが届かない場合は、迷惑メール設定またはメールアドレス登録間違いが考えられます。メールが届かず予約を確認した場合は、事務局へメールで問合せ願います。なお予約完了メールの再送はできません。
- ・やむを得ず当日キャンセルとなる場合は、必ず当日の緊急連絡先（電話）へ連絡してください。
- ・メールアドレスや登録内容の間違いが多発しております。**予約確定前に必ず確認**をお願いします。

| J T本社会場 職域接種事務局 | 本社会場                                                               |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------|
| キャンセル時連絡先       | <a href="mailto:honsha-shokuiki@jt.com">honsha-shokuiki@jt.com</a> |
| 当日の緊急連絡先        | 080-4455-3403                                                      |

＜問い合わせ先＞ J T本社会場 職域接種事務局

[honsha-shokuiki@jt.com](mailto:honsha-shokuiki@jt.com)

## ●予約方法詳細

### 1 所定の URL/QR コードから予約ページへアクセスし、「予約希望日時」を選択

ひとのときを、思う。JT

JT神谷町本社30F会場（1回目接種）

<< < > >> 今週 2021年 6月 27日 - 7月 3日

27 28 29 30 1 2 3

10:00 (1時)  
17:00 (1時)  
18:00 (1時)

15:00 (1時)

予約したい週を表示

予約したい日時を選択

18:00 (2時)

接種会場  
400\_JT神谷町本社30F会場

接種日時  
2021-06-30 18:00

接種予定主催者

残枠数  
2

予約する

自身が予約した日時・会場が正しいことを確認し「予約する」をクリック

\*は必須入力項目です  
画面上の指示に従い入力してください

### 2 予約フォーム上で必要な情報を入力

#### ワクチン接種（1回目）予約フォーム

本人/家族区分 Yourself(Employee) or Family or Other \*

従業員本人

・「その他」を選択してください。

接種者氏名 Name \*

本人太郎

会場にて本人確認

・接種する方のお名前です

接種者姓（全角カナ） First Name (kana) \*

ホンニン

接種者名（全角カナ） Last Name (kana) \*

タロウ

接種者生年月日

年 \*

1980

月 \*

02

日 \*

02

・メールアドレスを登録すると、予約完了やリマインドメールが届きます。  
・登録間違いが多発しているため、正確に登録してください。

接種者連絡先（電話） Tel. No. \*

12345678

接種者連絡先（メール） E-mail

testdateat@test.com

入力いただいたメールアドレス宛に、予約完了やリマインドのメールを送付します。

勤務先会社名 Company \*

01\_JT

家族の方は、JTグループ従業員等の方は、関係先のJT

・勤務先会社名：「01\_JT」を選択してください。

勤務先所属組織名 Department

x x x x 部

例：人事部（室）、・・・工

・勤務先所属組織名：「渉外企画室」と入力してください。

※お間違えやすい箇所のため、ご注意ください。

従業員番号 Employee ID No. \*  
12345

従業員氏名 Name (Employee)  
本人 太郎

従業員姓 (全角カナ) First Name (Employee)  
ホンニン

従業員姓 (全角カナ) Last Name (Employee)

クリック → 予約確定画面へ

※確定前に必ず予約内容を確認してください

「従業員番号」欄：接種を希望される方の加盟組合名を入力してください。  
※記載例）東京都飲食組合  
※1 回目・2 回目の予約とも同じ加盟組合名で入力してください。  
「従業員氏名」：接種を希望される方のご氏名を入力してください。  
※お間違えやすい箇所のため、ご注意ください。

### 3 予約結果を画面上で確認します（メールアドレスを入力した方には、予約完了メールが送信されます）

ワクチン接種（1 回目）予約フォーム

以下内容でワクチン接種の予約を完了しました。

（メールアドレスを入力いただいた方には、予約完了メールにて以下と同様の内容を送付しております）

会場名：400\_JT 神谷町本社30F会場（東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー（最寄駅：東京メトロ日比谷線神谷町駅））

予約日時：2021年7月3日 00:00

接種者氏名：日本 たば美（ニホン タバミ）

電話番号：090-XXXX

メールアドレス：aaaaa@XX.com

ワクチン回数：1 回目

●当日持参物

- 自治体から送付の接種券（お手元に届いていない場合は、記入済の接種記録書）
- 記入済の予診票
- 身分証明書（運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・パスポート・在留カード等）
- お薬手帳（持っている方のみ）
- ※接種部位をだせるよう、肩を出しやすい服装でお願いします。

予約のキャンセルを行いたい場合は、事務局までメールにてご連絡ください。  
メール：js-routan@jt.com

ワクチンは同一会場にて原則4週間後（2021年7月31日頃）に2 回目の接種が必要となっております。

必ず、2 回目の予約も実施いただくようお願いします。

なお、2 回目の予約については、1 回目の接種会場にてご案内予定です。

予約完了後にキャンセル・日程変更等をしたい場合の連絡先はこちらです

### ●本社会場詳細ページ

会場詳細情報を本紙 URL・QR コードまたは予約完了メールのリンクより確認

ひとときを、想う。JT

接種会場情報一覧（1 回目接種）

接種会場  
400\_JT 神谷町本社30F会場

住所  
東京都港区虎ノ門4-1-1 神谷町トラストタワー

当日、会場の入館方法について

- 1階で入館用QRコードを持った社員がお待ちし
- エレベーターを30階で降りて受付側に進んでい
- ※会場混雑回避のため、予約時間の5分前を目安に

当日持参物（1 回目接種）

- 自治体から送付の接種券（お手元に届いてい
- 記入済の予診票
- 身分証明書（運転免許証・マイナンバーカード
- お薬手帳（持っている方のみ）
- ※接種部位をだせるよう、肩を出しやすい服装で

キャンセル時連絡先（メール）  
js-routan@jt.com

当日の緊急連絡先（電話）  
080-4455-3403

※当日体調が悪くキャンセルせざるを得ない、会  
※当日以外に電話が入ると緊急の対応ができなく

予診票（会場情報事前記載のもの）  
03-予診票\_JT本社30階会場.pdf

接種記録書（会場情報事前記載のもの）  
02-接種記録書\_JT本社30階会場.pdf

地図等  
神谷町トラストタワー  
〒105-0001 東京都港区虎ノ門4丁目  
1-1  
3.7 ★★★★★ 39 件の口コミ  
拡大地図を表示

会場専用の「予診票」をダウンロードし（または別紙）、事前記入のうえご持参ください。

自治体から届いた「接種券」を必ずお持ちください。無い場合は接種できません。

SAMPLE

2021年6月16日  
改訂：2021年6月22日  
改訂：2021年7月5日  
日本たばこ産業株式会社

## 新型コロナワクチン職域接種における個人情報の取り扱いについて

当社は、当社が主催し又は第三者が主催し当社が参加する職域接種（以下、総称して「本職域接種」）を希望される方（以下、「希望者」）について、下記のとおり、個人情報を取得し、利用いたします。希望者は、下記の内容に同意したものとみなします。

### 記

#### 1. 希望者より取得する個人情報の項目

##### (1) 基本情報

氏名、生年月日、住所、郵便番号、所属、メールアドレス、電話番号、接種希望等

##### (2) 本職域接種を実施する上で必要な情報

接種日、接種会場、既往歴、接種当日の健康状態等

#### 2. 利用目的

##### (1) 本職域接種の実施に係る諸手続き

希望者の把握、必要なワクチン量の算定、スケジュール設定（接種計画の策定）、会場運営に係る企画及び全体調整、医療機関及び行政機関との連携等

##### (2) 本職域接種に係る労務管理

本職域接種当日及び副反応が出た場合における労務管理（火災天災休暇/欠務申請）等

#### 3. 第三者提供

当社は、上記2. (1) の利用目的を達成するために、上記1.の「希望者より取得する個人情報の項目」に記載の個人情報を、本職域接種に関連する医療機関、行政機関、本職域接種主催会社等の第三者に提供する場合があります。

以上

日本たばこ産業株式会社 宛

新型コロナワクチン職域接種における個人情報の取り扱いに係る

親権者等の同意書

2021年6月16日付「新型コロナワクチン職域接種における個人情報の取り扱いについて」（その後の改訂も含む）の内容に同意します。

年 月 日

・希望者（未成年者）

氏名：

住所：

・親権者等

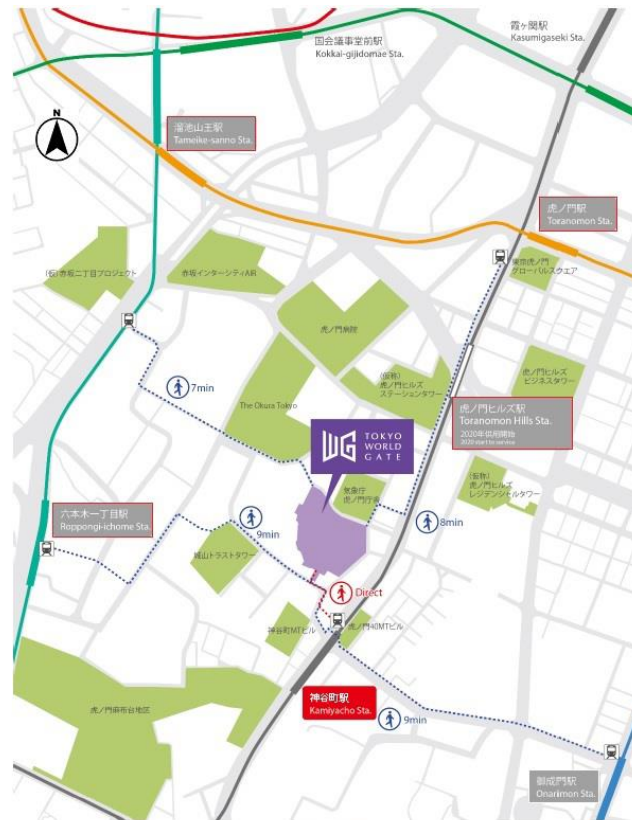
氏名：

印

住所：

続柄：

【会場のご案内】



【周边图】

会場：JT 本社 30F（東京ワールドゲート 神谷町トラストタワー）  
東京都港区虎ノ門 4-1-1

＜接種当日の緊急連絡先＞ J T本社会場 職域接種事務局

専用メール：honsha-shokuiki@jt.com

専用ダイヤル：080-4455-3403

### 【神谷町駅からのアクセス方法】

東京メトロ日比谷線神谷町駅は、地下連絡通路から神谷町トラストタワーに直結しています。

1. 4 a/ 4 b 方面の改札を出て左に曲がり、「メトロシティ神谷町」に入ってください。
2. 入った後、右に曲がり、Delifrance（パン屋）・トモズ（薬局）の間を進み、左に曲がります。
3. 自動ドアを通過し階段を数段降りると、すぐに T 字路がありますので右に曲がります。
4. 道なりに進んだ先のエスカレーターを上ると神谷町トラストタワー 1 F に到着します。

1F オフィスロビーの突き当りに JT 専用フラッパーゲートが設置されています。

2

3

4

トラストタワー入口





## 【予診票記載例】

赤字の通り太枠内を記入，☑を入れて下さい

住所は住民票記載のもの

## 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 | 東京都港区           |      | 市区町村            | 港区     |
| フリガナ          | カミヤ タロウ         |      | 氏名              | 神谷 太郎  |
| 生年月日(西暦)      | 19XX年XX月XX日生(満) | 電話番号 | (090) XXXX-XXXX | 診察前の体温 |
|               |                 |      |                 | XX度X分  |

会社名：JT

従業員番号：12345

※家族分も同様に記入

※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

(クーポン貼付)

※当日に検温

| 質問事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※すべての質問に回答                             | 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。<br>(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。<br><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<br><input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい            | <input checked="" 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。<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。<br>薬・食品など原因になったもの( )                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい            | <input checked="" 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。<br>種類( ) 症状( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい            | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 )<br>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。<br><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 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

## 新型コロナウイルス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。

2021年 X 月 XX 日

被接種者又は  
保護者自署

神谷 太郎

※接種日を記入(※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、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)

|             |        |                                             |                                                                           |
|-------------|--------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>(職域) 日本たばこ産業株式会社<br>本社職域接種会場<br>医師名 | 医療機関等コード<br>1 3 0 9 9 9 0 6 7 7<br>接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日<br>2 0 2 年 月 日 |

※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