

Список сотрудников _____

(наименование организации)

для планирования и проведения иммунизации против новой коронавирусной инфекции (Covid-19)

Заполняется организацией, предоставляющей список сотрудников						Заполняется медицинской организацией						
№ п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Домашний адрес	Телефон	должность	Дата выписки с б/л при ранее перенесенном COVID-19	Сведения о прививках против COVID-19			Медицинский отвод	отказ	примечание
							Вакцинация 1 (дата, серия, наименование вакцины)	Вакцинация 1 (дата, серия, наименование вакцины)	Ревакцинация (дата, серия, наименование вакцины)			

Дата составления списка _____

Ф.И.О. лица в организации, ответственного за составление данного списка, телефон – указывается обязательно (для координации действий с прививочной бригадой медицинской организации).