



新型コロナワクチン接種証明に関する DIA の方針について

2021 年 11 月吉日

日頃より、DIA の活動につきまして、ご協力、ご尽力をいただき誠にありがとうございます。

皆様ご承知の通り、2021 年 9 月 30 日をもって新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言及びまん延防止等重点措置が解除されました。11 月 11 日の時点で新規感染者数が全国で 209 名まで減少してきたとの報告がございましたが、引き続き感染拡大の防止に努めることが求められます。

DIA はグローバルの従業員に、安全な職場環境を提供、維持する義務がございます。
人々の健康と福祉の向上に資することを使命とし、活動を続ける弊社もこれまでも基本的な感染症対策を徹底し、リモートでの業務を取り入れながら、感染症の拡大防止の対策を講じて参りました。
この度、グローバルの方針により、弊法人の従業員全員、新型コロナワクチンの 2 回接種を行い、接種完了の証明書を提出することとなりました。
更に DIA は新型コロナワクチンの 2 回接種の証明をグローバルの全従業員の他、Board Member、並びにご来訪者の皆様からも提出いただくこととなりました。本邦でも、この方針を弊社主催のイベント及び会議のためにご足労をいただく皆様にも適用させて頂くこととなりました。

予防接種法では、接種は個人の任意となっておりますが、長期化している新型コロナ感染症拡大防止を最優先し、DIA の方針に従い、弊社へご来訪いただく際、皆様にはこちらでご用意いたします証明書にてワクチンの 2 回接種の完了、もしくはご来訪の 72 時間以内の新型コロナ検査陰性の確認、ご署名をお願いいたします。ご来訪いただく皆様並びに弊社従業員健康と安全を守るための対策として、何卒、皆様のご理解、ご協力を賜ります様重ねてお願い申し上げます。

尚、ワクチン接種に関する個人情報の管理につきましては、個人情報保護関連法定を遵守致します。
また、ワクチンを病気のために接種できない方を含め、本件についてのお問い合わせは、弊社にご連絡をお願いいたします japan@diaglobal.org。

一般社団法人ディー・アイ・エー・ジャパン
代表理事 西條 一

Certification of Vaccination

The purpose of this form is to take steps to prevent the spread of COVID-19, to protect the health and safety of all Drug Information Association, Inc. employees, onsite contractors, visitors to DIA offices or indoor workspaces and meetings. If you fail to submit this signed attestation or any required negative COVID-19 test, you may be denied entry to a DIA workspace or meeting.

By checking the box below, I declare that the following statement is true:

- ☐ **I am fully vaccinated.¹**
- ☐ **I am not yet fully vaccinated.²**
- 1st Dose Date: _____
- 2nd Dose Date: _____
- ☐ **I have not been vaccinated.³**
- ☐ **I decline to respond.**

I understand that if I decline to respond or am not fully vaccinated, I must comply with the following safety protocols while in a DIA workspace or meeting:

- Wear a mask regardless of the level of community transmission;
- Physically distance; and
- Provide proof of a negative COVID-19 test within the previous 3 days.

I sign this document under penalty of perjury that the above is true and correct, and that I am the person named below. Checking "I decline to respond" does not constitute a false statement.

Printed Name: _____

Signature: _____ **Date:** _____

¹ The Centers for Disease Control and Prevention considers an individual fully vaccinated if they are:

- 2 weeks after their second dose in a 2-dose series or
- 2 weeks after a single-dose vaccine

² Either I have received my first dose of a 2-dose series and my second appointment is scheduled, or I received my final dose less than two weeks ago.

³ If you are not vaccinated due to medical or religious reasons, please check either "I have not been vaccinated" or "I decline to respond."