

柏市長 様

医療機関名
所在地
電話番号
メールアドレス (必須)
病 (医) 院長氏名

印

令和6年度柏市個別予防接種実施協力承諾書
(新型コロナワクチン及び小児インフルエンザ)

私は、柏市個別予防接種（新型コロナワクチン及び小児インフルエンザ）の実施に関する要請について、下記の内容で協力することを承諾します。

1 承諾期間

新型コロナワクチン（令和6年10月1日から令和7年3月31日まで）

小児インフルエンザ（令和6年10月1日から令和7年1月31日まで）

2 予防接種承諾内容（協力する場合は○、協力しない場合は×を承諾可否欄に記入してください）

予防接種の種類		承諾可否	特記事項
定期	新型コロナワクチン		
任意	小児インフルエンザ		

3 予防接種実施協力医

次の医師が予防接種に協力します。

No	接種医師氏名	柏市医師会
1		会員 非会員
2		会員 非会員
3		会員 非会員
4		会員 非会員
5		会員 非会員

5名を超える場合、裏面に記載してください。

4 柏市指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページでの周知について
市民への情報提供として周知してよい場合は○を記入してください。

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知	
---------------------------	--

<p>柏市個別予防接種等実施協力承諾届</p> <p>柏市長 様</p> <p style="text-align: center;">(一社) 柏市医師会 会長 松 倉 聡</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>本紙の通り届け出がありましたので、報告します。</p>
--