



柏市

送付先 柏市医師会 (FAX: 04-7147-1711)  
提出締切: 令和7年4月4日 (金) 17時厳守  
\* 締切以降のご提出は受付できない場合がございます。

年 月 日

柏市長 太田和美 あて

医療機関名  
所在地  
電話番号  
病(医)院長氏名

令和7年度柏市個別予防接種実施協力承諾書  
(風しん第5期定期予防接種)

私は、風しん第5期定期予防接種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 予防接種の種類と期間 (承諾欄に○を記入)

ワクチンの種類	承諾期間	承諾
風しん第5期定期予防接種 (MRワクチン)	令和7年4月1日から 令和8年3月31日まで	

2 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かレ点を記入してくだ  
さい。記入のない場合は、周知いたしません。  
また、特記事項があれば記入してください。

医療機関名簿への掲載、柏市ホームページ等での周知	
<input type="checkbox"/> 周知してよい	<input type="checkbox"/> 周知しない
<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	