

令和6年9月6日

会 員 各 位

柏 市 医 師 会

担当理事 織 田 暁 寿

千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業における
「新型コロナウイルスワクチン」の参加申し込みの受付について

千葉県医師会より、標記につきまして依頼がありましたのでお知らせいたします。

例年、この時期に千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の10月1日から翌年3月31日までの期間にご協力いただける医療機関の追加申し込みを受付しておりますが、「新型コロナウイルスワクチン」につきまして取りまとめ依頼がございました。

つきましては、ご協力いただける際は、下記「令和6年度千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業（新型コロナウイルスワクチン） ご登録方法」をご覧ください、9月17日(火)までにご登録ください（令和6年度登録分から Web を利用した登録方法に変更になりました）。

なお、各市町村の料金表につきましては、千葉県医師会ホームページ「会員専用ページ」お知らせに掲載いたしましたとのことです。

令和6年度 千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業
（新型コロナウイルスワクチン） ご登録方法

令和6年度登録分から、「委任状」を提出し登録する方法から Web (Google Form) を利用し登録する方法に変更になります。つきましては以下をご参考いただき、9月17日(火)までご登録をお願い申し上げます。

*ご登録方法につきましてご不明な点は、柏市医師会事務所（電話：04-7128-5551）までお知らせください。

千葉県医師会参加申し込み専用サイト（以下 URL、スマートフォン対応）にアクセスして必要事項を入力してください。

申し込み専用サイト

URL : <https://tinyurl.com/yu9ghgzf>

*柏市医師会ホームページ「申請書類ダウンロード」
ページからも入れます。



新型コロナウイルスワクチン接種 Q & A より抜粋

○令和 6 年度以降の新型コロナワクチンの接種については、個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的とし、定期接種（B 類）として実施することとなっています。

定期接種の対象者は以下の方です。

65 歳以上の方

60 歳から 64 歳までの一定の基礎疾患（※）を有する方

※心臓や腎臓、呼吸器の機能の障害があり身の回りの生活を極度に制限される方や、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方。インフルエンザワクチンの定期接種の対象者と同じです。

定期接種のスケジュールは、感染症の状況やワクチンの有効性に関するデータを踏まえ、毎年秋冬に 1 回行うこととしています。

定期接種の対象者以外の方や、定期接種のタイミング以外で接種する場合については、任意接種としてワクチンの接種を受けることができます。

○令和 6 年 4 月 1 日以降、65 歳以上の方及び 60 歳から 64 歳で対象となる方（※）には、新型コロナの重症化予防を目的として秋冬に自治体による定期接種が行われ、各自治体において設定した自己負担額がかかります（低所得者を除く。）。

接種を受ける努力義務や自治体からの接種勧奨の規定はありません。

令和 6 年 4 月 1 日以降に定期接種以外で接種を希望される方には、任意接種として、自費で接種を受けていただくこととなります。

○新型コロナワクチンの接種については、流行している株に対応したワクチンを用いることで、より高い中和抗体価の上昇等が期待されることから、重症化予防効果はもとより、発症予防効果の向上が期待されると考えられています。

こうした科学的知見をもとに、厚生労働省の審議会で議論した結果、定期接種に用いる新型コロナワクチンの種類（ワクチンに含まれる株）は、当面は毎年見直すこととされています。

○新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

そのほか、厚生労働省ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 健康 > 感染症情報 > 新型コロナウイルス感染症について > 新型コロナワクチンについて > 新型コロナワクチン Q&A をご参照ください。

※控えを残して地区医師会へご提出ください。県医師会から取りまとめをお願いしております。
(FAX 可)

委 任 状

2024年 月 日

千葉県医師会長 様

予防接種法第5条第1項及び第6条の規定により行う下記予防接種を実施することを承諾いたします。(医療機関情報は公開されます。)

つきましては、千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業の委託業務について、千葉県内市町村長との契約締結に関する権限を委任します。

1 実施予防接種

地区医師会名【	
予防接種の種類	新型コロナウイルス

- ※ 実施するものについて○をつけてください。
- ※ 予防接種を行う医療機関情報は公開されます。

注意事項など：

2 委任期間

2024年10月1日～2025年3月31日

3 委任機関情報

医療機関名：

医療機関の長(管理者)氏名：

郵便番号：

住所：

電話番号：

FAX番号(非公開)：

メールアドレス(非公開)：

※メールで改定料金表などご連絡する予定です。管理者氏名・メールアドレス・FAXは非公開。

「コロナワクチン」定期予防接種相互乗り入れ事業参加申し込み（委任状）10/1～実施分 ※千葉県医師会に入会されている医療機関が対象です。

- ◎「コロナワクチン」の県内市町村相互乗り入れの受付です。
医療機関のある市町村以外の、千葉県内の、コロナワクチンの定期予防接種を取り扱うことができますようになります。

○2024(令和6)年度10/1～始まります。

◇千葉県医師会に入会されているドクターがいる医療機関が対象です。

※のちほど回答内容をメールで返信いたしますので、控えとしてプリントアウトしてください。

☆料金表はこちらにございます。ダウンロード（←ここにリンクする）

☆料金表の変更など、メールでご連絡させていただきます。

[新型コロナワクチンについて](#)

[厚生労働省ホームページ「予防接種情報」](#)

[千葉県内定期予防接種相互乗り入れについて](#)

[日本の予防接種スケジュール\(nih.go.jp\)](#)

↑標準的なワクチン接種スケジュールについては、国立感染症研究所をご参照下さい。

public.health.cma@gmail.com [アカウントを切り替える](#)



* 必須の質問です

メールアドレス *

メールアドレス



医療機関名 *

回答を入力

医療機関の長(管理者)氏名 *

回答を入力

住所 *

回答を入力

郵便番号（半角でハイフンありで）

回答を入力

電話番号（半角でハイフンありで） *

回答を入力

F A X 番号（非公開）（半角でハイフンありで）

回答を入力



千葉県医師会長が会員を代表して、市町村長と契約いたします。権限を委任されますか。

※委任期間は、2024年10月1日～2025年3月31日まで。

※以下、実施する予防接種に○を選んでください。

選択

ご所属の地区医師会 *

選択

新型コロナウイルスワクチンを実施する場合は○をお選びください。

選択

接種にあたり補足、注意事項などご記入ください。

回答を入力

このあと、

下の送信ボタンを押すと、届出が完了です。

必ずお届のメールアドレスに、回答内容が送信されますのでご確認ください。それを控えとしてください。

返信メールが迷惑メールになることがあります。

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

送信

1/1 ページ

フォームをクリ



Google フォームでパスワードを送信しないでください。





reCAPTCHA
[プライバシー利用規約](#)

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム

