

柏市

送付先 柏市医師会（FAX：04-7147-1711）
提出締切：令和8年2月10日（火）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。

柏市医療機関用

令和 年 月 日

柏市長 様

医療機関名

所在地

電話番号

メールアドレス

病（医）院長氏名

令和8年度柏市RSウイルスワクチン及び帯状疱疹任意予防接種実施協力承諾書

私は、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 承諾期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

2 予防接種・抗体検査 承諾内容（協力する種別に○をご記入ください）

予防接種の種類			承諾可否
妊婦	A類	RSウイルス	
成人	任意	帯状疱疹（任意）	

3 柏市指定医療機関名簿への掲載・柏市ホームページ等での周知（必須）

<input type="checkbox"/> 周知してよい	<input type="checkbox"/> 周知しない
<p>（特記事項）周知してよい場合には、市民への情報提供としてホームページやチラシへ掲載します。特記事項があればご記入ください。（例）○歳以上のみ受付</p>	