

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）

周知してよい

周知しない

(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）○歳以上の受付