柏市

送付先　柏市医師会（FAX：04-7147-1711）

　提出締切：**令和７年２月１０日（月）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　　様

医療機関名

所在地

電話番号

病（医）院長氏名

**令和７年度　柏市帯状疱疹予防接種実施協力承諾書**

　私は，帯状疱疹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 |
| 帯状疱疹 | 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。

　（例）〇歳以上のみ受付

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名簿への掲載，柏市ホームページ等での周知 | |
| □周知してよい | □周知しない |
| ・  ・ | |