



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）○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	
<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>	