

柏市医療機関用

西暦 年 月 日

柏市長 様

医療機関名
所在地
電話番号
病（医）院長氏名 印

平成31（2019）年度 柏市個別予防接種等実施協力承諾書

私は、予防接種及び風しん抗体検査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

2019年4月1日から2020年3月31日まで
(高齢者インフルエンザのみ2019年10月1日から2020年1月31日まで)

2 予防接種 承諾内容 (協力する種別に○を記入してください)

予防接種の種類		承諾可否	予防接種の種類		承諾可否	
子	定期 A類	4種混合 (DPT-IPV)	日本脳炎	0～6歳		
		3種混合 (DPT)		7歳以上		
		2種混合 (DT)	BCG			
		不活化ポリオ (IPV)	ヒブ (Hib)			
		麻しん風しん混合 (MR)	1期	小児用肺炎球菌 (13価)		
			2期	子宮頸がん		
		麻しん	1期	水痘		
			2期	B型肝炎		
		風しん	1期			
			2期			
任意	おたふくかぜ	1期				
		2期				
成人	定期 B類	高齢者インフルエンザ	高齢者肺炎球菌			
	任意	麻しん風しん混合 (MR) ※	風しん ※			

※対象： 抗体検査の結果、抗体陰性または低抗体価の方（柏市風しん予防接種費用助成事業）

3 風しん抗体検査 承諾内容 (協力する場合は○を記入してください)

承諾可否	
------	--

4 予防接種実施協力医

次の医師が予防接種に協力します。

No	接種医師氏名	柏市医師会	No	接種医師氏名	柏市医師会
1	印	会員・非会員	6	印	会員・非会員
2	印	会員・非会員	7	印	会員・非会員
3	印	会員・非会員	8	印	会員・非会員
4	印	会員・非会員	9	印	会員・非会員
5	印	会員・非会員	10	印	会員・非会員

10名を越える場合、別紙に記載してください。

5 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場合は○を記入してください。

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知	
---------------------------	--

柏市医師会指定 予防接種医師届	
柏市長 様	(一社) 柏市医師会 会長 長瀬 慈村 印
上記の通り届け出がありましたので、柏市医師会の指定医として報告します。	