

年 月 日

### 予防接種実施状況調査

柏市長 秋山浩保様

医療機関名  
所在地  
電話番号  
病（医）院長氏名 印

#### 令和2年度 柏市ロタウイルス予防接種実施協力承諾書

私は、ロタウイルス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
ロタウイルス	令和2年10月1日から 令和3年3月31日まで	

##### 2 周知について（いずれかに○を記入）

内容	承諾
医療機関名簿への掲載，柏市ホームページ等での周知	可 否

#### 柏市医師会指定 予防接種医師届

柏市長 秋山浩保様

柏市医師会  
会長 長瀬慈村 印

上記のとおり届出がありましたので、医師会の指定医として報告します。

各医療機関における、定期予防接種の実施状況を把握するため、予防接種実施状況調査にご協力をお願い致します。

※この調査でご回答いただいた内容については、同意いただいた場合のみ、市民からの問い合わせ時に情報提供させていただきます。

##### 1 ロタウイルス予防接種の実施について

	質問	回答 (あてはまるものに○)
1	貴院で取扱う（予定の）ワクチンは何ですか？	1価 5価 両方 未定
2	これまでロタウイルス予防接種の経験はありますか？	有 無

##### 2 定期予防接種（ロタウイルス予防接種を含む）の実施について

	質問	回答 (あてはまるものに○)
1	事前予約は必要ですか？	必要 不要
2	予防接種のみを行う時間若しくは曜日を設定していますか？	はい いいえ
	「はい」と回答した場合、時間若しくは曜日を教えてください	
	曜日	月曜日 火曜日 水曜日 木曜日 金曜日 土曜日 日曜日
	時間	
3	予防接種希望者と通常の受診者で待合室等を分けていますか？	はい いいえ

##### 3 市民への情報提供について

	上記内容について、問い合わせがあった場合、市民へ情報提供してよいですか？	はい いいえ
--	--------------------------------------	--------

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。