

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

病（医）院長氏名

印

令和6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

令和6年4月1日から令和7年3月31日まで

※高齢者インフルエンザは令和6年10月1日から令和7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	A類	5種混合（DPT-IPV-Hib）	2種混合（DT）		
		4種混合（DPT-IPV）	日本脳炎	1期	
		3種混合（DPT）		2期※特例含む	
		不活化ポリオ（IPV）	BCG		
		麻しん風しん混合（MR）	1期	ヒブ（Hib）	
			2期	小児用肺炎球菌（13価）	
		麻しん	1期	ヒトパピローマウイルス	
			2期	水痘	
		風しん	1期	B型肝炎	
			2期	ロタウイルス	
任意	おたふくかぜ				
成人	B類	高齢者インフルエンザ	高齢者肺炎球菌（定期）		
	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

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		会員・非会員	11		会員・非会員
2		会員・非会員	12		会員・非会員
3		会員・非会員	13		会員・非会員
4		会員・非会員	14		会員・非会員
5		会員・非会員	15		会員・非会員
6		会員・非会員	16		会員・非会員
7		会員・非会員	17		会員・非会員
8		会員・非会員	18		会員・非会員
9		会員・非会員	19		会員・非会員
10		会員・非会員	20		会員・非会員

20名を超える場合、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。
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

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知	
・	
・	

6 情報共有用メールアドレスについて

--

柏市個別予防接種等実施協力承諾届

柏市長 様

（一社）柏市医師会

会長 松 倉 聡

印

本紙の通り届け出がありましたので、報告します。