

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
メールアドレス
病(医)院長氏名 印

令和7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7年4月1日から令和8年3月31日まで

※高齢者インフルエンザ及び小児インフルエンザは令和7年10月1日から令和8年1月31日まで
新型コロナワクチンは令和7年10月1日から令和8年3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)

Table with columns for '予防接種の種類' and '承諾可否'. Rows include categories for children (A類) and adults (B類) with various vaccine types like DPT, Hib, and Influenza.

※1対象: キャッチアップ接種につきましては、現在、国が期間延長の方針を検討しております。

国の方針が示されましたら、期間や対象者等、御案内します。

※2: 新型コロナワクチンの委託料につきましては、国の方針が未定のため、決まり次第お示しいたします。

※3対象: 妊娠を希望する女性、妊娠を希望する女性の同居者及び妊婦の同居者のうち抗体検査の結果、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)

Table with columns for '承諾可否' for rubella antibody testing.

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。

Table listing participating doctors with columns for No, 接種医師氏名, and 柏市医師会 (Member/Non-member).

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

Form for question 5 with a text box for '指定医療機関名簿の掲載...' and checkboxes for '周知してよい' and '周知しない'.

6 情報共有用メールアドレスについて(必須)

Form for question 6 with a text box for the email address and an '@' symbol.

Large form box for the commitment letter, containing the recipient '柏市長 様', the sender '(一社) 柏市医師会 会長 松倉 聡 印', and the closing text '本紙の通り届け出がありましたので、報告します。'