

柏市長 あて

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
新型コロナウイルスワクチンは令和7年10月1日から令和8年3月31日まで

2 予防接種・抗体検査 承諾内容 (協力する種別に○をご記入ください)

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	
	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	小児インフルエンザ		
成人	B類	高齢者インフルエンザ	高齢者肺炎球菌	
		新型コロナウイルス	帯状疱疹	
	風しん第5期			
	任意	麻しん風しん混合 (MR) ※1	風しん ※1	
風しん抗体検査				

※1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

2 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。

3 柏市指定医療機関名簿への掲載・柏市ホームページ等での周知 (必須)

<input type="checkbox"/> 周知してよい	<input type="checkbox"/> 周知しない
<small>(特記事項) 周知してよい場合には、市民への情報提供としてホームページやチラシへ掲載します。特記事項があればご記入ください。(例) ○歳以上のみ受付</small>	

4 情報共有用メールアドレス (必須)

@

<p>柏市個別予防接種等実施協力承諾届</p> <p>柏市長 様</p> <p style="text-align: right;">(一社) 柏市医師会 会長 松倉 聡 印</p> <p>本紙の通り届け出がありましたので、報告します。</p>
--