

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8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8年4月1日から令和9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8年10月1日から令和9年1月31日まで
新型コロナワクチンは令和8年10月1日から令和9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）	B C G	
		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	
※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		

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
(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	

4 情報共有用メールアドレス（必須）

✉ @

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 聰

印

本紙の通り届け出がありましたので、報告します。