

柏市長 あて

医療機関名
所在地
電話番号
病(医)院長氏名 印

平成30年度 柏市個別予防接種等実施協力承諾書 変更届

過日提出しました平成30年度柏市個別予防接種等実施協力承諾書の届出事項に変更が生じたため、下記のとおり届け出ます。

1 変更年月日

平成 年 月 日から平成31年3月31日まで

2 変更内容

() 内のいずれかに○をつけてください。(1)から(6)は変更があるもののみ記載してください。

〔 予防接種承諾内容 ・ 風しん抗体検査承諾内容 ・ 予防接種実施協力医ホームページでの周知の可否 ・ 医療機関の住所、電話番号 ・ 医療機関の閉院 〕

(1) 予防接種承諾内容 (協力する場合は○, しない場合は×を变更前・後に記入してください)

		予防接種の種類		変更前	変更後	予防接種の種類		変更前	変更後
子	A類	定期	ヒブ (H i b)			BCG			
			小児用肺炎球菌 (13価)			水痘			
			B型肝炎			日本脳炎	(0歳から6歳)		
			4種混合 (DPT-IPV)			(7歳以上)			
			麻しん風しん混合 (MR)	1期		2種混合 (DT)			
				2期		子宮頸がん			
			麻しん			単独不活化ポリオ (IPV)			
	任意	風しん							
	任意	おたふくかぜ							
成人	定期	B類	高齢者インフルエンザ			高齢者肺炎球菌			
	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 (HI法1.6倍以下、他の検査の場合はHI法1.6倍以下の換算値同等)

(2) 風しん抗体検査承諾内容 (協力する場合は○, しない場合は×を承諾可否欄に記入してください)

承諾可否	変更前	⇒	変更後	変更前	変更後
検査方法					
H I 抗体検査法					
E I A 抗体検査 (デンカ生研)					
その他の検査方法 (内容:)					

(3) 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	印	会員・非会員	6	印	会員・非会員
2	印	会員・非会員	7	印	会員・非会員
3	印	会員・非会員	8	印	会員・非会員
4	印	会員・非会員	9	印	会員・非会員
5	印	会員・非会員	10	印	会員・非会員

10名を越える場合、別紙に記載してください

(4) 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、不都合な場合は×を記入してください。

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知	
---------------------------	--

(5) 医療機関の住所、電話番号の変更

前住所	新住所
前電話番号	新電話番号

(6) 医療機関の閉院

閉院の場合は、○を記入してください。

--

柏市医師会指定 予防接種医師届

柏市長 あて

(一社)柏市医師会
会長 金江 清 印

上記のとおり届け出がありましたので、医師会の指定医として報告します。