

柏市医療機関用

西暦 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

平成31（2019）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2019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

年 月 日から2020年3月31日まで

2 変更内容

該当する項目の数字に○をつけてください（以降、変更がある項目のみ記載してください）

- (1) 予防接種承諾内容 (2) 風しん抗体検査承諾内容 (3) 予防接種実施協力医  
 (4) ホームページでの周知 (5) 医療機関の住所、電話番号 (6) 医療機関の閉院

(1) 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		変更前	変更後	予防接種の種類		変更前	変更後	
子	定期 A類	4種混合（DPT-IPV）		日本脳炎	0～6歳			
		3種混合（DPT）			7歳以上			
		2種混合（DT）		BCG				
		不活化ポリオ（IPV）		ヒブ（Hib）				
		麻しん風しん混合（MR）	1期		小児用肺炎球菌（13価）			
			2期		子宮頸がん			
		麻しん	1期		水痘			
			2期		B型肝炎			
		風しん	1期					
			2期					
任意	おたふくかぜ							
	1期							
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の方（柏市風しん予防接種費用助成事業）

(2) 風しん抗体検査 承諾内容（協力する場合は検査方法に○を記入してください）

	変更前	変更後
承諾可否		

(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 様	(一社) 柏市医師会 会長 長 瀬 慈 村 印
上記の通り届け出がありましたので、柏市医師会の指定医として報告します。	