

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

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 変更届

過日提出しました令和7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

令和 年 月 日から令和8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) メールアドレスの変更
- (4) 予防接種実施協力医 (5) ホームページでの周知 (6) 医療機関の住所、電話番号
- (7) 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	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※1				
			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				
		新型コロナワクチン※2						
	任意	麻しん風しん混合 (MR) ※3		風しん ※3				

※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

(2) 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）

承諾可否	変更前	変更後

(3) メールアドレスの変更

旧メールアドレス	新メールアドレス
@	@

(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。

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。

(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）○歳以上のみ受付

指定医療機関名簿の掲載、柏市ホームページ等での周知してよいか	
<input type="checkbox"/> 周知してよい	<input type="checkbox"/> 周知しない
.	
.	

(6) 医療機関の住所、電話番号の変更

旧住所	新住所
旧電話番号	新電話番号

(7) 医療機関の閉院

閉院の場合は、○を記入してください。

閉院

柏市個別予防接種等実施協力承諾書 変更届

柏市長 様

(一社) 柏市医師会
会長 松 倉 聡 印

本紙の通り届け出がありましたので、報告します。