

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 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（該当する項目に○をご記入ください）

<input type="checkbox"/>	(1) 予防接種・抗体検査 承諾内容	<input type="checkbox"/>	(4) 医療機関の住所・電話番号
<input type="checkbox"/>	(2) 柏市ホームページ等での周知	<input type="checkbox"/>	(5) 医療機関の閉院
<input type="checkbox"/>	(3) 医療機関のメールアドレス		

(1) 予防接種・抗体検査 承諾内容の変更（協力する種別に○をご記入ください）

	予防接種の種類	変更		予防接種の種類	変更		
		前	後		前	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		
			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		带状疱疹			
		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) 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の変更

<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	

(3) メールアドレスの変更

新メールアドレス	@
----------	---

(4) 医療機関の住所・電話番号の変更

新住所	
新電話番号	

(5) 医療機関の閉院（閉院の場合、○をご記入ください）

--

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 聡 印
本紙の通り届け出がありましたので、報告します。	