

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4年度柏市小児インフルエンザ予防接種実施協力承諾書

私は、柏市小児インフルエンザ予防接種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 予防接種の種類と期間

承諾内容（協力する場合は○，協力しない場合は×を承諾可否欄に記入してください）

| 予防接種の種類 | 承諾期間 | 承諾可否 |
|-----------|----------------------------|------|
| 小児インフルエンザ | 令和4年10月1日から 令和5年1月31日まで | |

2 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 |
|----|--------|--------|
| 1 | | 会員 非会員 |
| 2 | | 会員 非会員 |
| 3 | | 会員 非会員 |
| 4 | | 会員 非会員 |
| 5 | | 会員 非会員 |

5名を超える場合、裏面に記載してください。

3 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 | |
|---------------------------|--|

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 長 瀬 慈 村

印

本紙の通り届け出がありましたので，報告します。

予防接種実施協力医

| No | 接種医師氏名 | 印 | 柏市医師会 | |
|----|--------|---|-------|-----|
| 6 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 7 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 8 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 9 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 10 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 11 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 12 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 13 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 14 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 15 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 16 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 17 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 18 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 19 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 20 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 21 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 22 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 23 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 24 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 25 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 26 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 27 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 28 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 29 | | 印 | 会員 | 非会員 |
| 30 | | 印 | 会員 | 非会員 |