

平成 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30年度 柏市個別予防接種等実施協力承諾書

私は、予防接種及び風しん抗体検査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 承諾期間

平成30年4月1日から平成31年3月31日まで
ただし高齢者インフルエンザ予防接種は、市が別途指定する期間とします。

2 予防接種

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）

予防接種の種類		承諾可否	予防接種の種類	承諾可否
子	A類	定期	ヒブ（Hib）	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） （7歳以上）
			4種混合（DPT-IPV）	2種混合（DT）
	任意	おたふくかぜ	麻しん風しん混合（MR）	子宮頸がん
			麻しん	単独不活化ポリオ（IPV）
	任意	風しん		
	成人	定期	B類	高齢者インフルエンザ
任意				麻しん風しん混合（MR）※

※ 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）

3 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	検査方法	該当する項目に○
	HI抗体検査法	
	EIA抗体検査（デンカ生研）	
	その他の検査方法（内容：）	

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	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。

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	
---------------------------	--

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 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。