

柏市医療機関用

令和 年 月 日

柏市長 あて

医療機関名  
所在地  
電話番号  
病（医）院長氏名 印

令和2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

令和2年4月1日から令和3年3月31日まで  
※高齢者インフルエンザは令和2年10月1日から令和3年1月31日まで

2 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		承諾可否	予防接種の種類	承諾可否	
子	A類	4種混合（DPT-IPV）	日本脳炎	0～5歳	
		3種混合（DPT）		6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	ロタウイルス	
			2期		
任意	おたふくかぜ				
成人	B類	高齢者肺炎球菌（定期）			
		高齢者肺炎球菌（任意）			
	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

3 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	
------	--

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	11	印	会員・非会員
2	印	会員・非会員	12	印	会員・非会員
3	印	会員・非会員	13	印	会員・非会員
4	印	会員・非会員	14	印	会員・非会員
5	印	会員・非会員	15	印	会員・非会員
6	印	会員・非会員	16	印	会員・非会員
7	印	会員・非会員	17	印	会員・非会員
8	印	会員・非会員	18	印	会員・非会員
9	印	会員・非会員	19	印	会員・非会員
10	印	会員・非会員	20	印	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 あて

（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。