年　　月　　日

柏市長　　秋　山　浩　保　　様

医療機関名

所在地

電話番号

病（医）院長氏名　　　　　　　　　印

　　**令和２年度　柏市ロタウイルス予防接種実施協力承諾書**

　私は，ロタウイルス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（承諾欄に○を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ワクチンの種類 | 承諾期間 | 承諾 |
| ロタウイルス | 令和２年１０月１日から　　　令和３年３月３１日まで |  |

２　周知について（いずれかに○を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 承諾 |
| 医療機関名簿への掲載，柏市ホームページ等での周知 | 可　否 |

|  |
| --- |
| **柏市医師会指定　予防接種医師届**柏市長　　秋　山　浩　保　　様柏市医師会　　　　　　　　　　　　　会長　　長　瀬　慈　村　　　印　　　上記のとおり届出がありましたので，医師会の指定医として報告します。 |

**予防接種実施状況調査**

　各医療機関における，定期予防接種の実施状況を把握するため，予防接種実施状況調査にご協力をお願い致します。

　※この調査でご回答いただいた内容については，同意いただいた場合のみ，市民からの問い合わせ時に情報提供させていただきます。

１　ロタウイルス予防接種の実施について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質　問 | 回　答（あてはまるものに○） |
| １ | 貴院で取扱う（予定の）ワクチンは何ですか？ | １価　５価　両方　未定 |
| ２ | これまでロタウイルス予防接種の経験はありますか？ | 有　　無 |

２　定期予防接種（ロタウイルス予防接種を含む）の実施について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質　問 | 回　答（あてはまるものに○） |
| １ | 事前予約は必要ですか？ | 　　 必要　 不要 |
| ２ | 予防接種のみを行う時間若しくは曜日を設けていますか？ | 　　 はい　 いいえ |
| 「はい」と回答した場合，時間若しくは曜日を教えてください |
| 曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
| 時間 |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | 予防接種希望者と通常の受診者で待合室等を分けていますか？ | 　　 はい　 いいえ |

３　市民への情報提供について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 上記内容について，問い合わせがあった場合，市民へ情報提供してよいですか？ | 　 　はい　 いいえ |

　調査は以上です。ご協力ありがとうございました。