

柏市医療機関用

令和 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

令和5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5年4月1日から令和6年3月31日まで
※高齢者及び小児インフルエンザは令和5年10月1日から令和6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	1期		
		3種混合（DPT）		2期※特例含む		
		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		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（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		会員・非会員	11		会員・非会員
2		会員・非会員	12		会員・非会員
3		会員・非会員	13		会員・非会員
4		会員・非会員	14		会員・非会員
5		会員・非会員	15		会員・非会員
6		会員・非会員	16		会員・非会員
7		会員・非会員	17		会員・非会員
8		会員・非会員	18		会員・非会員
9		会員・非会員	19		会員・非会員
10		会員・非会員	20		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。
また、特記事項があれば記入してください。（例）小児インフルエンザ○歳以上のみ

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 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。