

疫苗自費接種申請書

申請日期： 年 月 日

申請人資料	姓名		出生日期	年 月 日
	與接種人關係		聯絡電話	
	聯絡地址			
接種兒童資料	姓名		出生日期	年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號/ 護照號碼	
	以前接種疫苗	1. 五合一疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 2. 口服小兒麻痺疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 3. 不活化小兒麻痺疫苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑 4. 白喉破傷風百日咳混合液苗： <input type="checkbox"/> 未曾接種 <input type="checkbox"/> 1劑 <input type="checkbox"/> 2劑 <input type="checkbox"/> 3劑 <input type="checkbox"/> 4劑		
申請疫苗			申請數量	
申請原因				

以下由接種醫院填寫

接種醫院			
申請疫苗		疫苗批號	
疫苗單價		接種費用合計	
接種日期	年 月 日	醫師簽章	
接種人員 簽章			

※ 本表請接種醫院填寫並經醫師核章後，傳真轄區衛生局/所留存

衛生所承辦人

單位主管

衛生局承辦人

單位主管