

VICP 個案～衛生所檢核表

編號	項目		
1	預防接種受害救濟申請書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
2	預防接種受害救濟衛生所調查表	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
3	個人資料同意書 - (發健保局用)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
4	新生兒預防接種紀錄表(黃卡)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
5	戶口名簿(或戶籍謄本) (有代理人或法定代理人需要前項。若已成人本人申請可附身分證即可)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
6	診斷證明書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
7	<u>不良反應照片或錄影資料</u>	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
8			
9			

◎ 以上資料請

完整收集後，送至衛生局檢疫防疫股 至緯 7134000#1376