

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 | |
| | 已接種疫苗 | 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 | 前往國家：_____， 停留期間：____年____月____日至____年____月____日 | | | |

以下由接種衛生所(或醫院)填寫

| | | | |
|----------------|--|------------|-------|
| 接種衛生所 (或醫院) | | | |
| 申請疫苗 | | 疫苗批號 | |
| 疫苗單價 | | 接種日期 | 年 月 日 |
| 醫師簽章 | | 接種人員 簽章 | |

衛生所/醫院承辦人

單位主管