

# COVID-19 疫苗自費接種意願書

同意接種疫苗廠牌： AstraZeneca (AZ)       其他 \_\_\_\_\_

被接種者姓名：\_\_\_\_\_  本人  家屬  關係人

身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

出國目的： 商務  工作  留學  就醫  其他 \_\_\_\_\_

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解此項疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

.....

醫師評估：

適合接種       不適宜接種；原因：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_