

# COVID-19 疫苗接種意願書 (機構受照顧者專用版)

同意接種疫苗廠牌：

AstraZeneca (AZ)                       Pfizer-BioNTech (BNT)                       Moderna

立意願書人：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

與被接種者之關係： 本人    家屬    關係人

被接種者姓名：\_\_\_\_\_

身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

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。

簽署日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

.....  
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：\_\_\_\_\_