

疫苗自費接種申請書

申請日期： 年 月 日

申請者資料	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	
	聯絡電話			
	聯絡地址			
接種者資料 <input type="checkbox"/> 同申請者	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	
	聯絡電話			
	聯絡地址			
	已接種疫苗 (申請五合一疫苗者需填寫)	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		
申請接種疫苗				
申請原因	<input type="checkbox"/> 特殊醫療需求 <input type="checkbox"/> 赴流行地區，前往國家_____，停留時間：_____至_____ <input type="checkbox"/> 其他_____			
	醫師簽章_____			

*上述欄位填寫完畢後請併同相關證明文件傳真至衛生局審核

審核機關名稱：

衛生局承辦人

單位主管

通過

未通過

以下由接種衛生所(或醫院)填寫留存，並於每月底前將上個月申請案件送衛生局備查

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