

聲明書

茲聲明本人_____之子/女_____（生日：____年____月____日）

身分證統一號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

因_____不接種下列公費疫苗(請勾選)：

卡介苗

B型肝炎疫苗 第一劑 第二劑 第三劑

五合一疫苗 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑

水痘疫苗

麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 第一劑 第二劑

日本腦炎疫苗 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑

減量破傷風白喉非細胞性百日咳不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-IPV)

流感疫苗(曾經接種 未曾接種)第一劑 第二劑

A型肝炎疫苗 第一劑 第二劑

肺炎鏈球菌疫苗(價) 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑

其餘聲明事項：

此致

_____鄉鎮市衛生所

聲 明 人：_____ 簽章

與個案關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 如有醫師診斷證明書或相關證明文件，請提供影本。

※ 符合公費疫苗接種資格之對象不因簽具本聲明書而喪失日後接種公費疫苗之權利。