

# 台中市「114年度流感、COVID-19疫苗接種計畫」非疫苗合約院所接種名冊

接種對象類別：  
 醫事人員\_\_\_\_\_人(需檢附執業執照影本)  
 非醫事人員\_\_\_\_\_人(需檢附勞健保投保證明或在職證明)

機構/機關名稱：\_\_\_\_\_

聯絡人：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

單位總人數：\_\_\_\_\_

擬接種人數：流感疫苗\_\_\_\_\_人，COVID-19疫苗\_\_\_\_\_人

編號	職稱	身分證字號	出生日期(西 元年/月/日)	姓名	接種疫苗		醫師評估可 否接種		接種日期	同意接種者簽名
					流感疫 苗	COVID-19 疫苗	可	否		
範例	護理師	L123456789	1990/12/12	王大明	V	V	V			

附註：  
 ★若有接種人員異動請提供更新之名冊資料，另疫苗領回恕不退  
 ★請一併提供電子檔(電子檔請寄至 joyceadial23@taichung.gov.tw)及紙本資料(請於領取疫苗時連同佐證資料繳交至衛生所)  
 ★若表格不夠請自行增加，謝謝

填表機關核章\_\_\_\_\_ 執行醫療院所核章\_\_\_\_\_