

____ 縣(市)「115年度流感、COVID-19疫苗接種計畫」安養、長期照顧(服務)等機構之受照顧者及所屬工作人員接種名冊

- 機構類別：
☐安養機構 ☐長期照顧機構 ☐長期照顧服務機構(含居家式、社區式及機構住宿式服務類)
☐護理之家(不含產後護理之家) ☐榮譽國民之家 ☐居家護理 ☐身心障礙福利服務機構(不含福利服務中心)
☐身心障礙者社區式服務(含社區日間作業設施、社區式日間照顧服務、家庭托顧及社區居住)個案
☐精神醫療機構(係指設有急/慢性精神病床或精神科日間留院服務之醫院，不含精神科診所)
☐精神復健機構(含日間型及住宿型機構) ☐呼吸照護中心
 接種對象類別：
☐受照顧者 ☐機構所屬直接照顧之工作人員 ☐機構所屬之醫事人員(具執業登記)

機構名稱：_____

負責人：_____

電話：_____

地址：_____

聯絡人：_____

電話：_____

機構總人數：_____

擬接種人數：流感疫苗____人，COVID-19疫苗____人

接種之合約醫療院所名稱：_____

十碼代碼：_____

編號	姓 名	出 生 年月日	身分證 統一編號	接種意願(請勾選)			編號	姓 名	出 生 年月日	身分證 統一編號	接種意願(請勾選)		
				流感疫苗		COVID-19疫苗					流感疫苗		COVID-19疫苗
				標準型 疫苗	加強型 疫苗						標準型 疫苗	加強型 疫苗	

附註：1. 填表時請勾選所屬機構類別及接種對象類別，並請將受照顧者及直接照顧之工作人員分開填寫。

2. 具接種意願者填寫個人資料進行列冊。

填表機關核章

執行接種之醫師及醫療院所核章