

台中市「115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(民國年/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	68/1/1	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_____