大里區「114年度流感疫苗接種計畫」

醫療（事）機構等工作人員接種名冊

醫療(事)機構/機關名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

十碼代碼： 負責人：

地址：

聯絡人： 電話：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 醫師評估是否可接種 | 本人簽名 |
| 是 | 否 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

 接種日期：

(由衛生所填寫)

醫 療 院 所 章

醫師核章

 疫苗廠牌/批號：

(由衛生所填寫)

※注意事項：

1.非合約院所自行接種者，完成接種名冊。接種名冊各欄位資料請填寫完整（須有接種者簽名及醫師章和院所章），再由核發單位將接種紀錄上傳至「全國性預防接種資訊管理系統」。

2.執登醫事人員需攜帶**「執業執照」正本及影本、健保卡**。

3.每一診所行政人員接種名額不限制，惟需攜帶**「在職證明」或「勞健保投保證明」文件影本、健保卡**。

4.當日領回疫苗需當日接種。

5.表單若不敷使用，請自行往下增列欄位。