

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)

疫苗廠牌/批號：_____

(由衛生所填寫)

醫師核章

醫療院所章

※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。