

臺北市 6 個月以上未滿 1 歲嬰兒

麻疹腮腺炎德國麻疹混合(MMR)疫苗接種申請書

申請日期： 年 月 日

申請者 資料	姓名		出生日期	年 月 日
	與接種人 關係		身分證號/ 護照號碼	
	聯絡電話			
	聯絡地址			
接種者 資料	姓名		出生日期	年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號/ 護照號碼	
	設籍 審核文件	臺北市		外縣市
		<input type="checkbox"/> 檢附機票或相關證明影本 <input type="checkbox"/> 檢附嬰兒之戶口名簿或戶籍 謄本影本	<input type="checkbox"/> 檢附機票或相關證明影本 <input type="checkbox"/> 檢附匯款收據 匯款：收款銀行「中央銀行國 庫局」，戶名「疫苗基金 401 專戶」，帳號「270579」	
申請 原因	<input type="checkbox"/> 特殊醫療需求 <input type="checkbox"/> 赴流行地區，前往國家_____，停留時間：_____至_____ <input type="checkbox"/> 其他			
疫苗批號		疫苗單價		

審核單位：_____區健康服務中心

承辦人：

單位主管：

※ 以下請接種單位填寫並經醫師核章後，按月提交予轄區健康服務中心

接種單位	臺北市立聯合醫院 附設_____門診部	接種日期	年 月 日
醫師簽章		接種人員 簽章	

第一聯衛生局存查

第二聯接種單位黏貼病歷存查