

臺北市政府衛生局預防接種申請書
(Application for Vaccination)

補登國外接種資料
 補發兒童手冊

申請日期： 年 月 日
(Date of Application: yyyy/mm/dd)

申請人資料 (Applicant Details)	姓名 (Name)		出生日期 (DOB)	年 月 日 (yyyy/mm/dd)
	身份證號碼 (或護照號碼) (Citizen' s ID or Passport No.)		性別 (Gender)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (Male) (Female)
	與兒童關係 (Relationship)		聯絡電話 (Contact Number)	
	聯絡地址 (Contact Address)			
	電子信箱 (E-mail)			
	申請人簽章 (Applicant' s Signature)	(申請人如非父母或法定代理人請出具委託書) (Please attach POA if the applicant is not a parent or a legal representative)		
接種兒童 資料 (Child Details)	姓名 (Name)		出生日期 (DOB)	年 月 日 (yyyy/mm/dd)
	身份證號碼 (或護照號碼) (Citizen' s ID or Passport No.)		性別 (Gender)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (Male) (Female)
	家長姓名 (Name of Parents)	父親： (Father)	母親： (Mother)	
	戶籍地址 (Household Address)			電話 (Tel. No.)
	居住地址 (Residential Address)			電話 (Tel. No.)
提供證件 (Documents provided)	<input type="checkbox"/> 原始預防接種紀錄表(非以中、英文紀錄之原始接種紀錄表，請提供翻譯文件) (Original vaccination record. Please provide a translated form if it' s neither in Mandarin nor in English) <input type="checkbox"/> 預防接種證明書(非以中、英文紀錄之接種證明書，請提供翻譯文件) (Certificate of vaccination. Please provide a translated form if it' s neither in Mandarin nor in English) <input type="checkbox"/> 戶口名簿 (Household registry) <input type="checkbox"/> 申請人身分證明 (Applicant identification) <input type="checkbox"/> 委託書 (申請人如非父母或法定代理人請檢附此文件) (POA. Please attach the document if the applicant is not a parent or a legal representative) <input type="checkbox"/> 其他(Others) : _____			

承辦人

兒童健康手冊申辦委託書

- 工作
- 茲因 生病或行動不便
- 不識字
- 其他

不克前往健康服務中心辦理本項補助申請，特委託_____君代為辦理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

臺北市

區健康服務中心

委託人： (簽名或蓋章)
身分證字號：
戶籍地址：

受託人： (簽名或蓋章)
身分證字號：
戶籍地址：
聯絡地址：
聯絡方式及電話：
與委託人關係：

中華民國年月日