

臺中市南區「115年度流感、COVID-19疫苗接種計畫」衛生單位之防疫相關人員

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：

負責人：

聯絡人：

地址：

電話：

單位總人數：

擬接種人數：流感疫苗_____人，COVID-19疫苗_____人

職 稱	姓 名	出 生 年 月 日	身分證 統一編號	接種意願(請勾選)		職 稱	姓 名	出 生 年 月 日	身分證 統一編號	接種意願(請勾選)	
				流感疫苗	COVID-19 疫苗					流感疫苗	COVID-19 疫苗

附註： 具接種意願者填寫個人資料進行列冊。

填表機關核章_____

執 行 接 種 之
醫師及醫療院所核章