

**臺中市政府衛生局**  
**人類乳突病毒 (HPV) 疫苗補接種合約醫療機構申請表**

醫療機構名稱：	十碼代碼：	
醫療機構負責人：		
醫療機構等級別： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 基層診所 <input type="checkbox"/> 衛生所		
地址： <input type="text"/> - <input type="text"/> 臺中市 <input type="text"/> 區		
聯絡人：	院所電話：(04)- <input type="text"/>	聯絡人E-mail
申 請 資 料 檢 核	<p><b>◎是否為本市今年度預防接種服務或流感暨長者肺炎鏈球菌多醣體疫苗接種服務」或 COVID-19 疫苗接種計畫合約醫療機構</b></p> <p><input type="checkbox"/>是，請依序檢附下列影本文件：</p> <p style="margin-left: 20px;">(一)醫療機構合約資格</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>預防接種服務合約書</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>流感暨長者肺炎鏈球菌多醣體疫苗接種服務合約書</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>COVID-19 疫苗接種計畫合約書</p> <p style="margin-left: 20px;">(二)專業能力證明</p> <p style="margin-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/>專科醫師證書</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>婦產科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>家醫科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>小兒科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>其他</p> <p style="margin-left: 40px;">2. <input type="checkbox"/>HPV 疫苗接種相關教育訓練證書或證明文件(每位評估醫師)</p> <p><input type="checkbox"/>否，請依序檢附下列文件：</p> <p style="margin-left: 20px;">(一) 醫療機構合約資格(影本)</p> <p style="margin-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/>開業執照</p> <p style="margin-left: 40px;">2. <input type="checkbox"/>執業執照</p> <p style="margin-left: 40px;">3. <input type="checkbox"/>全民健保特約醫療機構</p> <p style="margin-left: 20px;">(二)專業能力證明(影本)</p> <p style="margin-left: 40px;">1. <input type="checkbox"/>專科醫師證書：</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>婦產科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>家醫科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>小兒科</p> <p style="margin-left: 80px;"><input type="checkbox"/>其他</p> <p style="margin-left: 40px;">2. <input type="checkbox"/>HPV 疫苗接種相關教育訓練證書或證明文件</p> <p style="margin-left: 20px;">(三)冷藏設備及疫苗管理能力：</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>1.冷藏設備須為雙門冰箱(請檢附冰箱內外彩色照片)</p> <p style="margin-left: 40px;">※考量冷凍冷藏室合併之單門冰箱冷藏溫度不穩定，將不予受理申請。</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>2.冷運設備冰桶、冰寶、高低溫度計(請檢附照片或電腦列印)</p>	



申請人已審閱「臺中市政府衛生局人類乳突病毒（HPV）疫苗補接種合約醫療機構合約書」並充分瞭解計畫規定，並願遵照衛生福利部國民健康署及臺中市政府衛生局相關規定辦理補接種服務。

此致 臺中市政府衛生局

負責人簽名（章）\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

-----  
【以下由衛生局填寫】

審核結果：同意為HPV疫苗補接種合約醫療機構資格

待審核；建議修正意見及補提報資料：\_\_\_\_\_

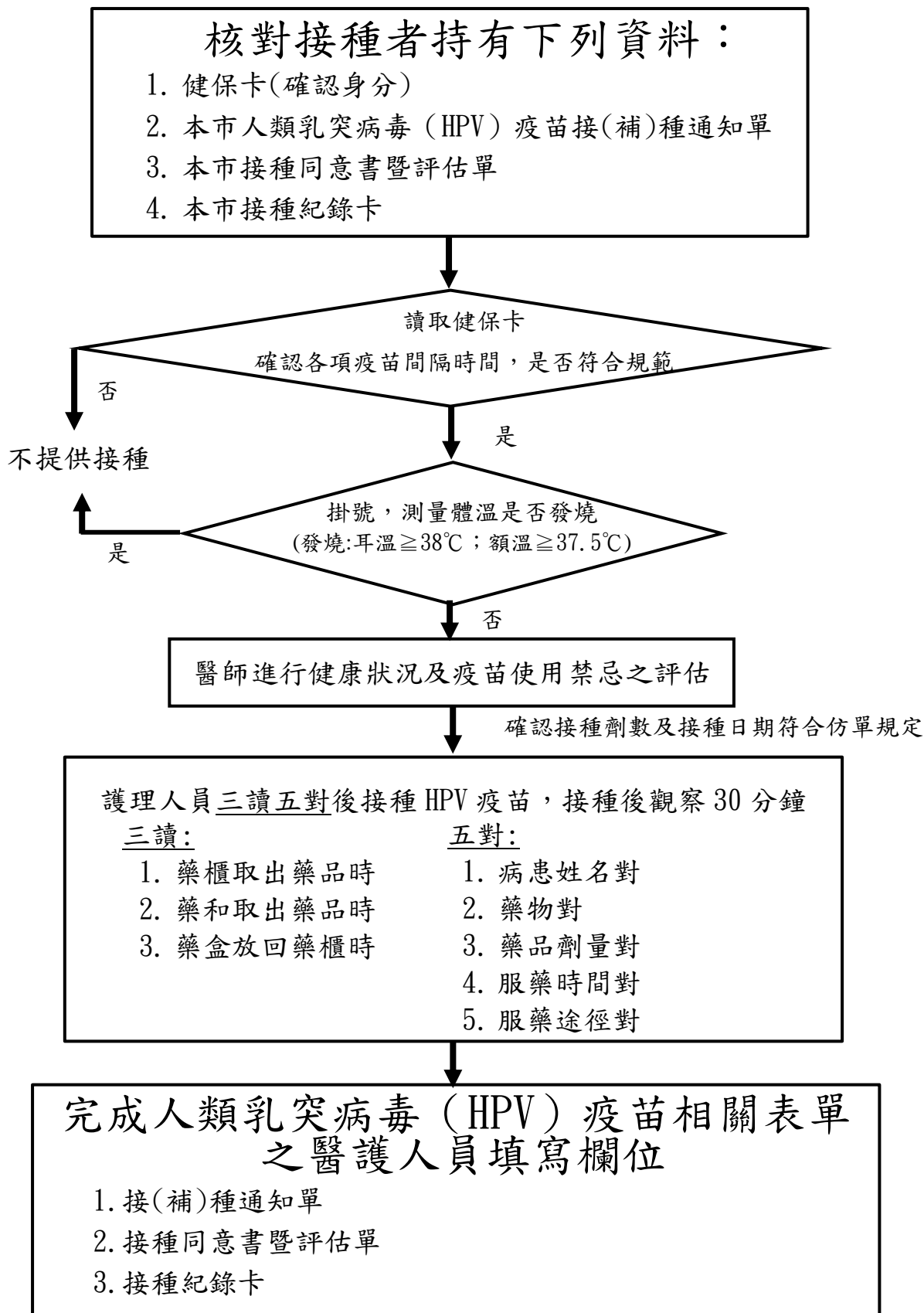
不同意；原因：\_\_\_\_\_

審核人：

審核日期：

(範例)

## 辦理人類乳突病毒(HPV)補接種工作流程圖



劑量與用法：

首次注射年齡	接種時程
9 到 14 歲	2 劑(每劑 0.5 毫升)，第二劑在接種第一劑後 6 個月接種
15 歲以上	3 劑(每劑 0.5 毫升)，在第 0、2 和 6 個月接種