

臺中市醫療機構辦理預防接種服務合約異動申請書

申請人：		印章		申請日期： 年 月 日	
醫療機構負責人簽章：		印章			
身份證字號：					
聯絡電話：		手機：			
聯絡地址：					
申 事 項	請 項	☐ 新增合約項目：_____			
		☐ 取消合約項目：_____			
		☐ 解約 ☐ 停約 ☐ 換約 ☐ 補發 ☐ 其他：			
機 構 分 類	類	☐ 醫院 ☐ 診所 ☐ 聯合診所（二家醫療機構以上在同一地址設置） ☐ 其他：			
機構名稱				機構負責人	
機構代碼				機構電話	
機構地址		臺中市 區 路 號			
機 構 解 約 應 事	機 構 辦 理 項	☐ 依規將合約告示牌拆除			
		☐ 將公費疫苗依冷運冷藏管理規定送還轄區衛生所			
		☐ 提供於合約期間內接種資料及相關報表			
		其他備註事項：			
登 記 事 項 變 更	登 記 事 項 變 更	1、機構： ☐ 機構名稱 ☐ 診療科別 ☐ 其他：			
		原登記事項：		變更後登記事項：	
		2、人員： ☐ 姓名 ☐ 機構名稱 ☐ 其他：			
		原登記事項：		變更後登記事項：	
		3、設備資料： ☐ 冷藏設備 ☐ 不斷電設備 ☐ 置放位置			
		原登記事項：		變更後登記事項：	
衛生所 審 核 結 果	☐ 同意申辦 ☐ 不同意 原因：_____				

備註：本表業經衛生所審核同意醫療院所申辦事項，請於完成應辦事項後傳真至衛生局
疾病管制科急性傳染病股備查。(FAX:04-25261525)

衛生所承辦人：

單位主管：