**\_\_\_\_\_\_\_\_縣（市）「113年度流感疫苗接種計畫」防疫相關人員接種名冊**

|  |
| --- |
| **接種對象類別：□衛生單位防疫人員 □各消防單位實際擔任救護車緊急救護工作之人員 □空中救護勤務人員** |
|  **□第一線海巡、岸巡人員 □國際機場、港口入境安全檢查、證照查驗及第一線關務人員** **□法醫師** |  |
| 機構/機關名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 負責人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| 地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 單位總人數：\_\_\_\_\_\_\_\_ | 擬接種人數：\_\_\_\_\_\_\_\_ | 聯絡人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **編 號** | **姓 名** | **出生年月日** | **身分證****統一編號** | **接種意願****(請勾選)** | **編 號** | **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****(JN.1)** | **流感疫苗** | **COVID****-19疫苗(JN.1)** |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附註：1.填寫本表前請勾選所屬接種對象類別。**

**2.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