# 嘉義市「110年度流感疫苗接種計畫」醫事及衛生等單位之相關防疫人員接種名冊

**接種對象類別：□醫療（事）機構等工作人員　□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**

**□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　□空中救護勤務人員**

醫療(事)機構/機關名稱：_____ 十碼代碼：_____ 負責人：_____

（醫療院所以外之機關免填此欄）

地址：_____

單位總人數：_____　擬接種人數：_____　聯絡人：_____　電話：_____

| 編號 | 姓　名 | 出　生<br>年月日 | 身分證統一編號 | 醫師評估結果<br>可否接種<br>可 | 否 | 接種日期 | 疫苗廠牌<br>及批號 | 同意接種者<br>簽　名 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**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。接種名冊各欄位資料請填寫完整，俾利後續追蹤、統計分析。**
**3. 本表虛線以內之欄位，由實際執行接種之醫療院所填寫。**
**4.每一診所行政人員接種名額以2名為限。**
**5.非合約院所自行接種者，完成接種名冊(須有接種者簽名)及接種人數統計交送疫苗核發單位，再由核發單位按接種成果通報規定將接種人數統計登入「流感疫苗管理系統」。**