

新北市政府衛生局預防接種紀錄文件申請書

Application for Vaccination

申請日期： 年 月 日

Date of Application: yyyy/mm/dd

110年修訂

申請人資料 Applicant Details	姓名 Name	王大明	出生日期 Date Of Birth	78年 7月 8日 yyyy/mm/dd
	身分證統一編號或護照號碼 Citizen's ID or Passport No.		F123456789	
	與兒童關係 Relationship	本人	電話 Tel. No.	09xxxxxxx
	申請人簽章 Applicant's Signature	王大明 <small>已確認本人所填寫及提供之資料正確無誤，如有偽照自負法律責任 I certify that the information filled and provided are all correct, if not, I will bear any legal responsibilities should they incur.</small>		
	申請原因 Reason for application	補登		
接種對象資料 Child Details	中文姓名 Mandarin Name		出生日期 Date Of Birth	年 月 日 yyyy/mm/dd
	英文姓名 English Name			
	身分證統一編號或護照號碼 Citizen's ID or Passport No.			
	家長姓名 Name of Parents		電話 Tel. No.	
	聯絡地址 Contact Address			
提供證件 Documents provided	<input checked="" type="checkbox"/> 原始預防接種紀錄表 Original vaccination record. <input type="checkbox"/> 預防接種證明書 Certificate of vaccination. <input type="checkbox"/> 戶口名簿或出生證明 註 Household registry or Birth certificate <input checked="" type="checkbox"/> 申請人身分證明 Applicant identification <input type="checkbox"/> 委託書 註 Power of attorney <input type="checkbox"/> 其他 Others : 提共文件：共 _____ 份 申請人簽章： <u>王大明</u>			
申請類別 Language	<input type="checkbox"/> 中文 Mandarin / <input type="checkbox"/> 英文 English 共 _____ 份數 Number of copies <input type="checkbox"/> 兒童健康手冊 Children's Health Booklet <input type="checkbox"/> COVID-19疫苗接種紀錄卡 COVID-19 Vaccination Record			

本案依分層負責授權承辦人員執行

核發人員：

覆核人員：

審核 承辦人：

護理長：

衛生所主任：