

臺北市國小新生預防接種調查表

親愛的家長，您好：

為保護您孩子的健康，請記得於開學時將預防接種時程及紀錄表（或有關之接種證明）影本，併同填妥之本調查表繳交學校，俾利衛生單位進行核對，並依查核結果，需進行補種之國小新生，請攜至臺北市立聯合醫院附設院外門診部或本市預防接種協辦醫療院所進行補接種，以免學校學生發生集體傳染病。

臺北市政府衛生局 敬上

【基本資料】(必填)

_____ 泉源實小 _____，_____ 年 _____ 班，座號：_____ 性別：_____

學生姓名：_____ 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 身分證字號：_____

家長稱謂：_____ 電話：(公) _____ (宅) _____

手機 1：_____ 手機 2：_____

電子郵件：_____

戶籍住址：_____ 縣 _____ 區(鄉) _____ 村 _____ 街 _____ 鎮(市) _____ 里 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

現在地址：_____ 縣 _____ 區(鄉) _____ 村 _____ 街 _____ 鎮(市) _____ 里 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

(同戶籍地址打勾免填)

【預防接種紀錄】

(※請於虛線下方浮貼預防接種時程及紀錄表影印本)

(※請於虛線內浮貼預防接種時程及紀錄表影印本)

備註：

若預防接種紀錄遺失：

1. 設籍臺北市兒童：請至戶籍所在地之臺北市健康服務中心，申請預防接種時程及紀錄表。
2. 設籍外縣市兒童：請家長向戶籍所在地衛生所申請補發。

家長簽章(請簽全名)：_____ 填表日期 _____ 年 _____ 月 _____