

_____縣（市）「114年度流感、COVID-19疫苗接種計畫」

安養、長期照顧(服務)等機構之受照顧者及所屬工作人員接種名冊

機構類別： ☐安養機構 ☐養護機構 ☐長期照顧機構 ☐長期照顧服務機構(含居家式、社區式及機構住宿式服務類)
 接種對象類別： ☐受照顧者 ☐機構所屬直接照顧之工作人員

機構名稱：_____負責人：_____電話：_____
 地址：_____聯絡人：_____電話：_____
 機構總人數：_____擬接種人數：流感疫苗____人，COVID-19疫苗____人
 接種之合約醫療院所名稱：_____

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					流感疫苗	COVID-19 疫苗

附註： 1.填表時請勾選所屬機構類別及接種對象類別，並請將受照顧者及直接照顧之工作人員分開填寫。

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_____