

_____ 縣（市）「114年度流感、COVID-19疫苗接種計畫」衛生等單位之防疫相關人員

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：_____

聯絡人：_____

地址：_____

電話：_____

單位總人數：_____

擬接種人數：流感疫苗_____人，COVID-19疫苗_____人

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.填寫本表前請勾選所屬接種對象類別。

填表機關核章_____

執 行 接 種 之