

臺南市白河區衛生所預防接種紀錄(證明書)申請書

104 年 01 月版

個案資料	姓名		性別		出生日期	年 月 日
	戶籍地址				身分證字號	
	聯絡電話	宅：			手機：	
申請原因	<input type="checkbox"/> ：辦理定居 <input type="checkbox"/> ：請領（或遺失補發）預防接種紀錄表 <input type="checkbox"/> ：出國留學、移民、工作 <input type="checkbox"/> ：其他：				提供證件	親自辦理－至少勾選一項 <input type="checkbox"/> ：原始預防接種紀錄 <input type="checkbox"/> ：預防接種證明書 <input type="checkbox"/> ：戶口名簿(謄本) <input type="checkbox"/> ：身份證(駕照、健保卡) <input type="checkbox"/> ：其他
申請項目	<input type="checkbox"/> (1)預防接種證明書(中英對照版、純英文版) <input type="checkbox"/> (2)補發兒童健康手冊(免費提供 7 歲以下) <input type="checkbox"/> (3)其他，協助預防接種資料補登(免費)					委託辦理－ <input type="checkbox"/> ：受委託人除上述勾選，需帶本人身分證(駕照、健保卡)提供核對
申請人	<input type="checkbox"/> 申請人同個案，下列資料免填					
	姓名		性別		出生日期	年 月 日
	戶籍地址				身分證字號	
	聯絡電話	宅：			手機：	
其他	與個案關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他 _____	簽名或蓋章：		申請日期： 年 月 日	

備註：

1. 依據臺南市政府 101 年 10 月 31 日府法規字第 1010911113A 號令，臺南市各區衛生所門診收費基準表，收取證明書費用 50-100 元，每增加一份再多收 10 元。
2. 個人資料蒐集、處理、利用同意聲明：申請人同意提供本表所列之個人資料，做為臺南市政府衛生局所辦理提供預防接種證明等相關業務使用。

承辦人：

單位主管：