聲明書

茲聲明本人＿＿＿＿＿＿之子/女＿＿＿＿＿＿（生日：＿＿年＿＿＿月＿＿日）

身分證統一號碼：□□□□□□□□□□

因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿不接種下列公費疫苗(請勾選)：

□卡介苗

□B型肝炎疫苗 □第一劑 □第二劑 □第三劑

□五合一疫苗 □第一劑 □第二劑 □第三劑 □第四劑

□水痘疫苗

□麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 □第一劑 □第二劑

□日本腦炎疫苗 □第一劑 □第二劑 □第三劑 □第四劑

□減量破傷風白喉非細胞性百日咳不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-IPV)

□流感疫苗(□曾經接種 □未曾接種)□第一劑 □第二劑

□A型肝炎疫苗 □第一劑 □第二劑(限山地鄉接種)

□肺炎鏈球菌疫苗（ 價） □第一劑 □第二劑 □第三劑 □第四劑

□任何疫苗之接種與補接種

其餘聲明事項：

此致

新竹縣寶山鄉衛生所

聲 明 人：　　簽章

與個案關係 ：

中 華 民 國　　年　　月　　日

※ 如有醫師診斷證明書或相關證明文件，請提供影本。

※ 符合公費疫苗接種資格之對象不因簽具本聲明書而喪失日後接種公費疫苗之權利。