

聲明書

茲聲明本人_____之子/女_____

(出生日期：_____年____月____日，身分證統一號碼：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____，戶籍地：_____縣
(市)_____

_____鄉(鎮)_____村_____鄰_____路
_____市(區)_____ (里)_____ (街)_____

段_____巷_____弄_____號_____樓之_____)，確定

曾於_____年____月____日感染水痘，不需再接種水痘疫苗

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，請提供影本。