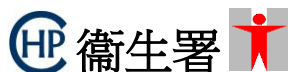


學校／服務機構編號



### 2023/24 年度院舍防疫注射計劃

指定的智障人士服務機構為智障人士(非住院舍)提供流感疫苗  
接種季節性流感疫苗（服務使用者名單）

P 2a（9 歲或以上服務使用者）

服務使用者名單  
季節性流感疫苗

學校／服務機構名稱： \_\_\_\_\_

到診註冊醫生姓名： 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

編號	使用本學校／服務機構的服務使用者資料 (由學校／服務機構負責人／主管於 _____ 年 __ 月 __ 日填寫)					季節性流感疫苗接種記錄 (由到診註冊醫生於接種疫苗後即日填寫)				如暫時未能接種， 請註明原因 (請於該服務使用者補打 當日立即再傳真至本署)
	姓名 (9 歲或以上 服務使用者)	身份證明 文件號碼 (例:A123456(7))	出生日期 (日/月/年)	性別	父母／監護人／家屬 反對接種[如反對， 請填“X”]	疫苗批次編號： (1) _____ (2) _____		有效日期： (1) _____ (2) _____		
						疫苗批次編號 (1/2)	接種日期 (日/月/年)	到診註冊 醫生 (1/2)	到診註冊醫生 團隊負責人簽署/蓋印	
1					<input type="checkbox"/>					
2					<input type="checkbox"/>					
3					<input type="checkbox"/>					
4					<input type="checkbox"/>					
5					<input type="checkbox"/>					
6					<input type="checkbox"/>					
7					<input type="checkbox"/>					
8					<input type="checkbox"/>					
9					<input type="checkbox"/>					
10					<input type="checkbox"/>					
					反對接種人數 (B1)： _____	已接種人數 (B2a)： _____			未能接種人數 (B3a)： _____	

聲明：本人明白本學校／服務機構有責任提供正確資料。如本人故意填報失實資料，可能被檢控及須承擔有關法律責任。

學校／服務機構負責人／主管姓名： \_\_\_\_\_ 學校／服務機構負責人／主管簽署或學校／服務機構蓋印： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 頁／共 \_\_\_\_\_ 頁

備註： 1. 請於完成首次接種後的一星期內將填妥的服務使用者名單／職員名單 (P2a、P2b 及 P2c)、報告表 (P5) 及回收表格 (P3) 傳真至衛生署項目管理及疫苗計劃科 (傳真號碼：2544 3922)。

2. 以上個人資料主要供衛生署推行院舍防疫注射計劃之用，亦可能因此向有關部門披露。由於此文件載有個人資料，請院方妥善保存。

3. 服務使用者有權查閱及修正個人資料。如有需要，服務使用者可向上列學校／機構負責人／主管提出。