



院舍防疫注射計劃

反對於指定機構接受服務的非住院舍智障人士

接種季節性流感疫苗回條¹

學校／服務機構名稱：_____

服務使用者姓名：_____

本人是上述服務使用者的*父母／監護人／家屬，知悉若上述服務使用者如經醫生評估為適合接種 2026/27 年度季節性流感疫苗，本人**反對**為其接種以上疫苗。

如反對接種以上疫苗，請提供原因：_____

本人亦明白如沒有接種疫苗，會增加服務使用者感染後罹患重症，入院留宿或死亡的風險，亦有可能為其他服務使用者、學校／服務機構員工和整體學校／服務機構運作帶來風險。

本人明白我須在學校／服務機構發出通知書後十四天內交回此回條，否則醫生會根據醫療專業判斷，在認為合適接種疫苗的情況下，為服務使用者進行接種。

服務使用者*父母／監護人／家屬簽名：_____

服務使用者*父母／監護人／家屬姓名：_____

聯絡電話：_____

日期：_____

*請刪去不適用者

¹ 父母／監護人／家屬可透過與學校／服務機構慣常的溝通方式（例如親自交付、短訊、郵寄、傳真或電郵等）遞交回條。