

臺北市國小新生預防接種調查表

請影印完整 (由 0 歲至
國小入學前共 2 頁)

親愛的家長，您好：

為保護您孩子的健康，請記得於開學時將預防接種時程及紀錄表（或有關之接種證明）影本，併同填妥之本調查表繳交學校，學校與衛生機關會核對並通知需進行補種之國小新生。

臺北市政府衛生局 敬上

【基本資料】(必填)

_____國民小學，_____班，座號：_____ 性別：_____

學生姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 身分證字號：_____

家長姓名：_____、_____ 稱謂：_____、_____

連絡電話：(宅)_____、(手機)_____、_____

戶籍住址：____縣____市____鎮(鄉)____里____村____街
樓 路____段____巷____弄____號

現在地址：____縣____市____鎮(鄉)____里____村____街
樓 路____段____巷____弄____號

(同戶籍地址打勾免填)

【預防接種紀錄】

(※請於虛線內浮貼預防接種時程及紀錄表影印本，
敬請影印完整出生至國小前預防接種全部)

備註：若預防接種紀錄遺失申請補發，請至轄內之各健康服務中心(不限戶籍地)，外縣市亦可就近至所轄衛生所，申請預防接種時程及紀錄表。

家長簽章 (請簽全名)：_____

填表日期____年____月____