【同意書】☑

白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗(DTaP-IPV)

- 本人已閱讀亦明白附頁**疫苗接種資料**的內容。
- 本人 同意 學童接種衞生署安排之 DTaP-IPV 混合疫苗。
- 請在合適的 ☐ 內加上 ✓ 號：

☐ 本人現附上學童免疫接種記錄，以供貴署職員查閱。

☐ 本人**未能**提供學童免疫接種記錄，但**仍同意學童接種此疫苗**（如遺失，請盡快補領）。

*本人同意學校向衞生署提供本人及學生的個人資料，並根據用途聲明使用。

與學童關係：☐ 父 ☐ 母 ☐ 監護人

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：陳大文
(請用正楷填寫)

日期：__/__/____ (日/ 月/ 年)

請將此回條連同學童所有免疫接種記錄(正本)，一併交回學校。

班別：_____ 班號：_____

學校：_____

學童姓名 (請依照身份證明文件填寫)

姓(中文)	名(中文)

英文姓名 (姓氏先行，名字隨後)

性別：☐ 男 ☐ 女

證件種類：

其中一項

☐ 香港身份證 ☐ 香港出生證明書 ☐ 護照

☐ 其他身份證明文件，請註明 ✓

證件號碼：

出生日期：__/__/____ (日/ 月/ 年)

家長/監護人日間聯絡電話：

住宅或其他手提電話號碼：

《不同意書》☒

白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗(DTaP-IPV)

- 本人已閱讀亦明白附頁**疫苗接種資料**的內容。
- 本人 不同意 學童接種衞生署安排之 DTaP-IPV 混合疫苗，原因是：(請在合適的 ☐ 內加上 ✓ 號)

其中一項

☐ 學童於四歲或以後，曾接種此疫苗加強劑或含有此疫苗成分的加強劑。
接種日期：__/__/____ (日/ 月/ 年)

☐ 將會到私家醫生接種此疫苗。

☐ 對此疫苗曾經有嚴重的不良反應：_____

☐ 健康理由：_____

☐ 其他理由：_____

*本人同意學校向衞生署提供本人及學生的個人資料，並根據用途聲明使用。

與學童關係：☐ 父 ☐ 母 ☐ 監護人

家長/監護人簽署：_____

家長/監護人姓名：陳大文
(請用正楷填寫)

日期：__/__/____ (日/ 月/ 年)

請將此回條連同學童所有免疫接種記錄 (正本)，一併交回學校。

班別：_____ 班號：_____

學校：_____

學童姓名 (請依照身份證明文件填寫)

姓(中文)	名(中文)

英文姓名 (姓氏先行，名字隨後)

性別：☐ 男 ☐ 女

證件種類：

其中一項

☐ 香港身份證 ☐ 香港出生證明書 ☐ 護照

☐ 其他身份證明文件，請註明 ✓

證件號碼：

出生日期：__/__/____ (日/ 月/ 年)

家長/監護人日間聯絡電話：

住宅或其他手提電話號碼：