

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱：_____ 年級：__ 班級：__ 座號：__

學生姓名：_____ 生日：民國__年__月__日

連絡電話：_____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

_____國中健康中心 (請加蓋職章或學校單位章) 電話：_____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

.....補接種後請自行撕下由貴子弟繳回學校健康中心存查.....

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種回條

_____國中_____年_____班 座號_____ 姓名_____

※接種時，以下表格請由醫療院所之醫師或護理人員填寫。

接種日期： 年 月 日	接種劑次： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑
本次接種疫苗名稱： 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升	
接種單位名稱：	
評估醫師簽章：	接種人員簽章：

家長簽名 (全名)：_____日期：__年__月__日

.....收到補種通知單後請自行撕下由貴子弟繳回學校健康中心存查.....

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單收執聯

_____國中_____年_____班 座號_____ 姓名_____之家長或監護人

已於_____年_____月_____日接獲「人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單」。

預計前往之合約院所名稱：_____ 家長簽名 (全名)：_____

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱： _____ 年級：__ 班級：__ 座號：__

學生姓名： _____ 生日：民國__年__月__日

連絡電話： _____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

_____國中健康中心 (請加蓋職章或學校單位章) 電話：_____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

第二聯交予衛生局(所)留存。

本項服務經費來自衛生福利部國民健康署菸品健康福利捐

人類乳突病毒疫苗 (HPV 疫苗) 補接種通知單

親愛的家長，您好：

衛生福利部國民健康署於民國 107-108 年辦理 HPV 疫苗公費接種，您的女兒符合本次接種對象資格。但由於您的女兒因故未於校園接種日施打疫苗，故請於原定接種日期後兩週內【民國 108 年 月 日前】，前往本市「HPV 疫苗接種合約醫療院所」完成 HPV 疫苗第 劑之補接種作業。

以下請由校護完成填寫：

學校名稱：_____ 年級：__ 班級：__ 座號：__

學生姓名：_____ 生日：民國__年__月__日

連絡電話：_____

補接種當日注意事項：

1. 請家長陪同學生並攜帶此張補接種通知單、接種同意書及評估單、接種紀錄卡、學生健保卡至合約院所接種 HPV 疫苗(保蓓)。
2. 請先與合約院所電話預約，確認接種時間及疫苗是否足夠後再行前往。
3. 若未於上述規定期間至合約院所完成接種，請電洽臺中市政府衛生局。
4. 提醒您第 1 劑接種未於 108 年 5 月 15 日前完成；第 2 劑接種未於 108 年 11 月 15 日前完成，恕視同放棄。

_____國中健康中心 (請加蓋職章或學校單位章) 電話：_____

HPV 疫苗接種衛教相關事項請諮詢：

24 小時專線電話 0800-88-3513 或臺中市政府衛生局 04-25265394 分機 3370、3360

【學生補接種進行狀況】

學生已於指定日期__年__月__日完成接種，

狀況：無異常；出現不良事件：_____

學生未於指定日期__年__月__日前進行接種，原因：_____

已於更改日期__年__月__日完成接種，

狀況：無異常；出現不良事件：_____

本項服務經費來自衛生福利部國民健康署菸品健康福利捐