

臺南市政府衛生局

人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）補接種通知單

親愛的家長，您好：

貴子女 _____，

入校接種當日因故未接種公費人類乳突病毒（HPV）疫苗第_____劑

（未接種原因：發燒 生病 請假 其他：_____）

故請於民國_____年_____月_____日前，前往以下指定醫療院所完成 HPV 疫苗第_____劑

之補接種作業。本市 HPV 疫苗合約院所名單：



補接種當日注意事項：

請家長陪同您的子女攜帶補接種通知單、接種同意書、接種紀錄卡及學生健保卡至指定院所接種 HPV 疫苗，接種後請留院休息 15 分鐘後再返家。

開立單位：

入校施打院所：_____（請蓋職章）或

國中健康中心：_____（請蓋學校單位章）或

衛生局(所)：_____（請蓋局所承辦人職章）

通知單開立日期：_____年_____月_____日

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

.....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」。

家長簽名（全名）：_____

醫療院所完成接種請加蓋院所章及完成日期：_____年_____月_____日

補接種時，請務必攜帶此單張前往指定院所。