人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）

陪同接種委託書

本人(家長或監護人)之子女(以下稱學生)預計於民國_____年_____月_____日進行衛生福利部國民健康署 HPV 疫苗公費第_____劑接種，然因本人無法陪同學生前往接種，故委託以下人員陪同學生至指定醫療院所進行接種。

學生姓名：

家長或監護人(簽名)：

受委託者(簽名)：

受委託者與學生的關係：□ 親戚 □ 家長朋友 □ 其他：_____

中　華　民　國　　年　　月　　日

臺南市政府衛生局　關心您

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