

附件17

臺中市 _____ 鄉鎮市區 _____ 幼兒園/托嬰中心 _____ 班 「未完成接種幼童名冊」

導師姓名 _____。

編號	姓名	出生日期	身分證號	家長姓名		聯絡地址	聯絡電話 (家)(公司)(手機)		追蹤記錄
				父親	母親		(家)	(公司)	
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		
				父親			(家)		
				母親			(公司)		
				監護人			(手機)		

填表說明：
請按幼童繳交之預防接種紀錄影本進行檢核，並將未完成接種之幼兒登錄於本名冊，並繳交轄區衛生所進行後續追蹤補種作業。