

預防接種證明書  
CERTIFICATE OF IMMUNIZATION

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 給證日期 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date of Issue \_\_\_\_\_

疫苗種類 VACCINE	接種日期(month/day/year) Immunization date				
	第一劑 1st	第二劑 2nd	第三劑 3rd	第四劑 4th	第五劑 5th

醫師簽章 Signature of Doctor:

衛生所主任 Director of Health Center:

衛生所關防 Official Stamp of Health Center:

二者擇一

中華民國 (縣市別) (鄉鎮市區別) 衛生所  
機關英文全銜 \_\_\_\_\_