

拒 絕 接 種 B 肝 疫 苗 切 結 書

為預防針扎後續帶來之風險，請配合完成 B 型肝炎疫苗注射，接種中及接種完成之人員，若因工作造成針扎或意外暴觸事件將由本院追蹤及申請相關職業災害補助，若拒絕接種 B 型肝炎疫苗者，請簽署本切結書並同意下述事項。

(依民法規定，若工作/實習人員未滿 20 歲，法定代理人須連同填寫並同意此內容)

本人_____因_____

拒絕接種 B 型肝炎疫苗且同意下述事項。

1. 爾後若於本院因工作感染 B 型肝炎，不予報職災。
2. 需自行負擔後續衍生之醫療費用(檢驗費、接種免疫球蛋白及相關治療)。

特立此書，以茲證明。

立切結書人 (簽章)	同意人 班級/學號	身份證字 號	連絡電話	立書人地址

法定代理人 (簽章)	身份證字號	連絡電話	法定代理人地址
<input type="checkbox"/> 父			
<input type="checkbox"/> 母			
<input type="checkbox"/> 監護人			

註：

- (1) 未成年人無父母或父母均不能行使、負擔對於未成年子女之權利義務時，由取得監護權之監護人同意之，並檢附證明文件。

中華民國_____年_____月_____日