



院舍防疫注射計劃

反對於指定機構接受服務的非住院舍智障人士
接種季節性流感疫苗回條¹

學校／服務機構名稱：_____

服務使用者姓名：_____

本人是上述服務使用者的*父母／監護人／家屬，知悉若上述院友於日後獲醫生評估為適合接種 2024/2025 季度季節性流感疫苗，本人**反對**為其接種以上疫苗。

本人亦明白如沒有接種疫苗，會增加服務使用者感染季節性流感後罹患重症而入院甚至死亡的風險，亦有可能為其他服務使用者、學校／服務機構員工和整體學校／服務機構運作帶來風險。

本人明白我須在學校／服務機構發出通知書後十四天內交回此回條，否則醫生會如常按醫療判斷，在認為合適接種疫苗的情況下，為服務使用者進行接種。

服務使用者*父母／監護人／家屬簽名：_____

服務使用者*父母／監護人／家屬姓名：_____

聯絡電話：_____

日期：_____

*請刪去不適用者

¹父母／監護人／家屬可透過與學校／服務機構慣常的溝通方式（例如親自交付、短訊、郵寄、傳真或電郵等）遞交回條。