

屏東縣政府衛生局

## 人類乳突病毒（HPV）公費疫苗接種陪同委託書

本人(家長/親屬/家屬/監護人)之女兒(以下稱學生)，預計於  
民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日接受衛生福利部國民健康署 HPV 公費疫苗  
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  
同至指定醫療院所進行接種。

學生姓名：

家長/親屬/家屬/監護人(簽名或蓋章)：

受委託者(簽名或蓋章)：

受委託者與學生的關係：

中 華 民 國 年 月 日