



百日咳疫苗接种同意书
Pertussis Vaccination Agreement

同意书

如果您愿意照护身体虚弱的儿童或 2 岁以下的儿童，那么所有家庭成员（3 个月以上），包括家中符合成人定义的任何人，都必须充分接种百日咳疫苗。

如果您或任何家庭成员因医疗原因不能接种流感疫苗，须由持证医疗保健提供者填写[疫苗豁免表 \(DCYF 15-455\)](#)，说明接种流感疫苗将有损您或您家庭成员的健康。

是否所有家庭成员（3 个月以上）都已充分接种百日咳疫苗？

- ☐ 是
- ☐ 否（请在下方注明原因）
- ☐ 此要求不适用，因为我不申请照护身体脆弱的儿童和/或两岁以下的儿童。
- ☐ 下列家庭成员未充分接种百日咳疫苗，因为接种百日咳疫苗将有损其健康：

对于此处列出的任何家庭成员，我将提交由持证医疗保健提供者填写的[疫苗豁免表 \(DCYF 15-455\)](#)。

- ☐ 我难以达到这一要求，希望与我的专属许可事务社工进一步讨论。

申请人信息

申请人 A 姓名	出生日期
签名	日期
申请人 B 姓名	出生日期
签名	日期