



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（6 个月以上），包括家中符合成人定义的任何
人，都必须在每年 10 月 31 日前接种流感疫苗并保留接种证明。

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。

我同意，如果我要照护身体虚弱的儿童和/或 2 岁以下的儿童，每位家庭成员（包括家中的成人）都会在每年 10 月
31 日前接种流感疫苗并保留接种证明。

或

我同意，如果我要照护身体虚弱的儿童和/或 2 岁以下的儿童，每位家庭成员（包括家中的成人）都会在每年 10 月
31 日前接种流感疫苗并保留接种证明，但以下家庭成员除外，因为接种流感疫苗将有损其健康：

对于此处列出的任何家庭成员，我将在接收身体虚弱的儿童和/或 2 岁以下的儿童之前，提交由持证医疗保健提供者
填写的[疫苗豁免表 \(DCYF 15-455\)](#)。

如果您难以达到这一要求，请与您的专属许可事务社工讨论。

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