**附件:**

2024年森林脑炎疫苗接种名单

学院名称：

人员类别：

学院领导签字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年级专业** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **电话号码** | **剂次** | **1剂时间** | **2剂时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填写说明：

1.除接种时间外，其他项目必填。

2.剂次填写，每年连续接种者填“1”，其他填“2”。

3.人员类别填写本科生、研究生、教师。