附件2

新冠病毒疫苗接种禁忌症认定申请

姓 名： 性 别： 年 龄：

身份证号：

家庭住址（到门牌号）：

联系电话： 单位名称：

禁忌症疾病名称：

申请人需提供的证明材料：

1.既往所患疾病住院病志复印件、出院诊断书（6个月内有效）；

2.化验结果（3个月内）；

3.检查结果（3个月内）；

4.其他证明材料

注：所提供的证明材料必须为二级及以上综合医院出具，如为传染性疾病、精神类疾病等专科疾病，请到我市相关专科医院开具。

申请人（或监护人）承诺：所提供的诊断证明均真实有效，如为伪造，愿承担相关法律责任。

申请人（或监护人）签名：

申请日期: 年 月 日