

# 预防接种异常反应鉴定申请书

内蒙古自治区医学会

当 事 人 各 方	受种者姓名			性别		出生日期		民族	
	受种者 身份证号					职业		联系电话	
	通讯地址							邮编	
	受种方 代理人姓名			受种代理人身份证号					
	与受种者关系			联系电话					
	工作单位							职业	
	通讯地址							邮编	
	接 种 单 位	名 称					法人代表		
		联 系 人	姓 名			身份证号			
			职 务			工作单位			
通 讯 地 址									
邮 编					联系电话				
疫 苗 生 产 企 业	名 称					法人代表			
	联 系 人	姓 名			身份证号				
		职 务			工作单位				
		通 讯 地 址							
		邮 编			联系电话				
接 种 疫 苗	名称			产地		批准文 号			
	种类		剂型		规格		批次		
申请鉴定方		受种方 <input type="checkbox"/>		接种单位 <input type="checkbox"/>		疫苗生产企业 <input type="checkbox"/>			
预防接种异常反应调查诊断结论									
市级预防接种异常反应鉴定结论									

