预防接种异常反应鉴定委托书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 移交鉴定单位 | 名 称 |  | 经办部门 |  |
| 地 址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 | 1. ②
 |
| 当事人 | 委托代理人姓 名 |  | 工 作 单 位 |  |
| 个人证件名称 |  | 身份证号 |  |
| 与患者关系 |  | 联 系 电 话 | 1. ②
 |
| 现 住 址 |  | 邮 政编 码 |  |
| 患 者姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职业 |  | 民族 |  | 身份证号 码 |  |
| 接种疫苗名称 |  | 接种时间 |  |
| 就诊科别 |  | 病 案 号 |  | 疾病诊断 |  |
| 就诊医疗机构 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 接种机构 | 接种机构名称 |  | 法人代表姓 名 |  |
| 接种机构联系人 |  | 联系电话 |  |
| 疫苗生产企业 | 疫苗生产企业名称 |  | 疫疫苗生产批号 |  |
| 疫苗生产企业联系人 |  | 联系电话 |  |
| 预防接种异常反应调查诊断结论 |  |
| 委托鉴定事由（简要接种、医疗经过；争议要点；鉴定要求等，可另附页） 委托代理人签名： 移交鉴定部门（公章）： 年 月 日 |