

公費疫苗毀損事件通報表

_____ 衛生局	
發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 發生人員：姓名 _____ 職稱 _____	接種單位： _____ 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____
衛生所填報人員：所屬衛生所 _____ 姓名 _____ 職稱 _____ 獲知時間： 年 月 日 時 分	衛生局審查通報人員： 姓名 _____ 職稱 _____ 通報日期： 年 月 日 時 分
毀損疫苗種類	發生經過及原因描述
名稱： 批號： 有效期限： 毀損數量：	原因： 經過：
名稱： 批號： 有效期限： 毀損數量：	
名稱： 批號： 有效期限： 毀損數量：	
檢討改善措施	
衛生局審核結果	

接種機構 填表人

接種機構 負責人

衛生所 填表人

衛生所 主任

衛生局 審查人員

衛生局 單位主管