

## 基隆市公費疫苗毀損事件通報表

發生時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

接種單位名稱：\_\_\_\_\_

接種人員：姓名\_\_\_\_\_職稱\_\_\_\_\_

衛生所填報人員：\_\_\_\_\_衛生所

姓名\_\_\_\_\_職稱\_\_\_\_\_

獲知時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

毀損疫苗種類	發生經過及原因描述
疫苗名稱： 疫苗批號： 有效期限： 毀損劑量：	
疫苗名稱： 疫苗批號： 有效期限： 毀損劑量：	
疫苗名稱： 疫苗批號： 有效期限： 毀損劑量：	

### 檢討改善措施

接種單位 填表人(簽名/職章)：

衛生所承辦人(簽名/職章)：

接種單位 負責人(簽名/職章)：

衛生所護理長(簽名/職章)：

衛生所主任：