

## 臺南市公費疫苗毀損事件通報表

| 臺南市 _____ 區衛生所                              |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 發現時間： 年 月 日 時 分                             | 發生時間： 年 月 日 時 分                   |
| 發現單位： _____                                 | 發生單位： _____                       |
| 發現人員：姓名 _____ 職稱 _____                      | 發生人員：姓名 _____ 職稱 _____            |
| 衛生所填報人員：臺南市 _____ 區衛生所<br>姓名 _____ 職稱 _____ | 衛生局審查通報人員：<br>姓名： _____ 職稱： _____ |
| 獲知時間： 年 月 日 時 分                             | 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：<br>批號：<br>有效期限：<br>毀損數量：                | 原因：<br><br>經過：                    |
| 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：