

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 姓名_____職稱_____	衛生局審查通報人員： 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： 批號： 有效期限： 毀損數量：	原因： 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：