臺南市公費疫苗毀損事件通報表

通報單位與時間	
發現時間：　年　月　日　時　分 發現地點： 發現人員：姓名＿＿＿＿＿＿職稱＿＿＿＿＿＿	發生時間：　年　月　日　時　分 發生地點： 發生人員：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	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：

檢討改善措施

衛生局審核結果

接種單位填表人　　接種單位主管

衛生所承辦人　　衛生所單位主管

衛生局審查人員　　衛生局單位主管