

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： _____	接種單位： _____
發現人員：姓名 _____ 職稱 _____	接種人員：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	通報時間： 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	
衛生所審核結果	

接種單位填表人：

接種單位單位主管：

衛生所承辦人：

衛生所單位主管：

衛生局承辦人：

衛生局單位主管：