

公費疫苗毀損事件通報表

南投縣政府衛生局					
發生時間： 年 月 日 時 分		接種單位：_____			
接種地點：_____		接種人員：姓名_____職稱_____			
發生人員：姓名_____職稱_____					
衛生所填報人員：所屬衛生所_____		衛生局審查通報人員：			
姓名_____職稱_____		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		
1.名稱			原因： 經過：		
批號					
有效期限					
毀損數量	每劑單價				
總金額	經費來源	中央 3/4 本縣 1/4			
2.名稱					
批號					
有效期限					
毀損數量	每劑單價				
總金額	經費來源	中央 3/4 本縣 1/4			
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