

# 公費疫苗毀損事件通報表

附件 8

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 _____		衛生局審查通報人員：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 _____		通報日期： 年 月 日 時 分			
獲知時間： 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					
詳細描述					
衛生局審核結果					

接種機構 填表人 (簽章)

接種機構 負責人 (簽章)

衛生所 填表人 (簽章)

衛生所 主任 (簽章)

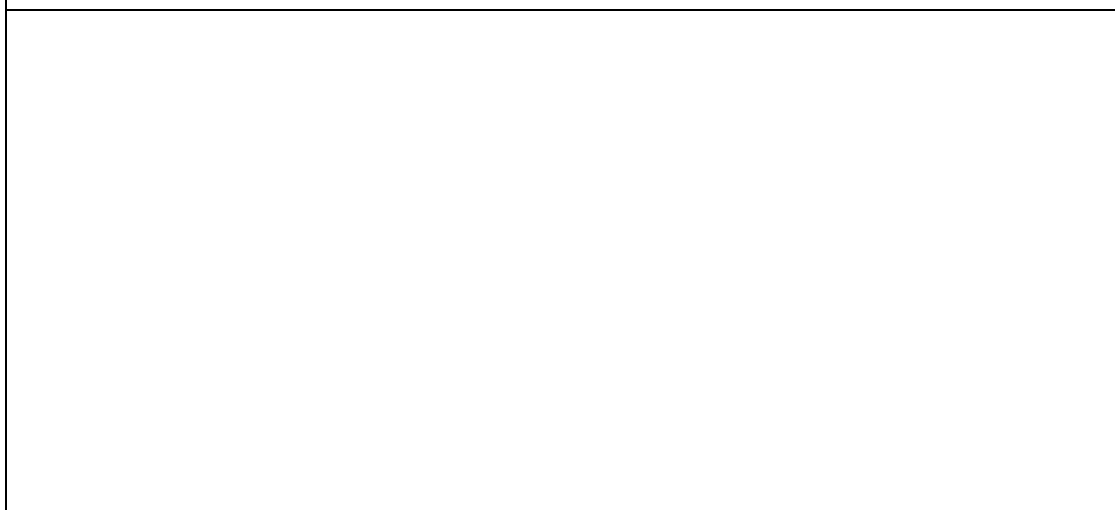
衛生局 審查人員 (簽章)

衛生局 單位主管 (簽章)

## 附件照片



照片說明：



照片說明：