

# 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：  <b>(請務必填寫被接種人姓名、ID、出生年月日)</b>  經過：  <b>請詳細描述事發經過</b>				
批號				批號-CDC	
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 <b>1. 檢討改善作為</b> <b>2. 檢討會議教育訓練</b> <b>3. 接種流程修訂</b> <b>4. 個案家屬告知及後續追蹤處理</b>					
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)

照片說明：
照片說明：

附件照片