

附件二

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	
損毀疫苗種類			
一	二	三	四
疫苗名稱：	疫苗名稱：	疫苗名稱：	疫苗名稱：
批號：	批號：	批號：	批號：
損毀數量：	損毀數量：	損毀數量：	損毀數量：
發生經過及原因描述			
檢討改善措施			

新竹市_____醫院/診所疫苗損毀事件通報表

接種單位 填表人：_____ 接種單位 主管：_____

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：_____