

## 公費疫苗異常事件通報表

_____ <b>區衛生所</b>	
發生時間： 年 月 日 時 分	
接種單位：_____ 接種人員：姓名_____ 職稱_____	
衛生所填報人員：所屬衛生所_____	
姓名_____ 職稱_____ 獲知時間： 年 月 日 時 分	
<b>毀損疫苗種類</b>	<b>發生經過及原因描述</b>
名稱： 批號： 有效期限： 毀損數量：	原因：   經過：
<b>檢討改善措施</b>	
(除檢討改善措施，請加述毀損疫苗繳回狀況，幼兒後續接種狀況，合約院所歷年紀錄及配合度)	

衛生所 承辦人：

衛生所 所長：