

致: 衛生署項目管理及疫苗計劃科

由 : _____ (醫療機構名稱)

電郵: hpvp@dh.gov.hk

(機構職員姓名)

聯絡電話 : _____

日期 : _____

請 醫療機構與學校核對資料，填寫此表格並於同意書交收後一個工作天內電郵此表格至衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科 (電郵: hpvp@dh.gov.hk)

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」

公私營合作疫苗接種隊

「同意書」交收記錄

_____ (醫療機構名稱) _____ 醫生的公私

營合作疫苗接種隊已在 _____ 年 _____ 月 _____ 日，收取

_____ (學校名稱) _____ 張「同意書」。

公私營合作疫苗接種隊同意書收取人
簽署及醫療機構蓋印

學校職員簽署及學校蓋印

公私營合作疫苗接種隊同意書收取人
姓名

學校職員姓名