

訂單編號

衛生署

新增訂單

更改訂單

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」

送診所

疫苗申請表格

由醫療機構填寫

由衛生署職員填寫

備註：由於訂購疫苗及安排運送需時，請於 **接種日期最少五個工作天前** 填妥本表格並 **電郵** 至 衛生署項目管理及疫苗計劃科（**電郵地址**：hpvcatchup@dh.gov.hk）。醫療機構如於發送本表格後三個工作天內仍未收到衛生署的訂單確認通知，請 **致電 3975 4448 與衛生署職員聯絡**。

甲部 醫療機構

1. 醫療機構名稱：_____
2. 負責醫生姓名：_____ 醫生註冊編號：_____ M _____
3. 診所地址：_____ 升降機： 有 無

乙部 疫苗申請數量及送貨資料

申請疫苗數目	診所
人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗	_____劑
送貨地址（英文）：	_____
送貨地址（中文）：	_____
送貨其他資料：	診所範圍內落貨 <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以 診所外落貨 <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以

丙部 聯絡資料

填寫申請表格
的日期：_____年 _____月 _____日

註：疫苗將於貴 機構收到確認通知書的 **五個工作天後** 送貨疫苗派送時間為：
當日 上午十時至下午一時 或 下午二時至下午五時
< 星期六，日及公眾假期將 **不會** 安排送貨 >

負責職員：_____ 聯絡電話：_____ 負責醫生簽署及蓋章：_____