



衛生署

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」  
醫療廢物暫存轉交記錄



注意事項：

1. 此表格只適用於持牌醫療廢物收集商未能於到校疫苗接種活動後即時收集醫療廢物的情況下使用，參與的醫療機構及學校均應保留此表格的正／副本。
2. 請醫療機構職員將利器收集箱牢固地關上盒蓋密封，然後存放於上鎖及已適當標示的儲物櫃內，留待持牌醫療廢物收集商到學校收集或由醫護專業人士送交至化學廢物處理中心。
3. 請學校職員將利器收集箱全數交予收集人員，核對重量後，於醫療廢物運載記錄上簽署及蓋印作實。

甲、聯絡資料

1. 參與計劃醫生姓名：(中文／英文) \_\_\_\_\_
2. 服務提供者號碼： \_\_\_\_\_
3. 所屬醫療機構名稱：(中文／英文) \_\_\_\_\_
4. 學校名稱：(中文／英文) \_\_\_\_\_
5. 學校編號： \_\_\_\_\_
6. 轉交日期： \_\_\_\_\_
7. 預計利器收集箱收集日期： \_\_\_\_\_
8. 持牌醫療廢物收集商名稱 / 送交醫療廢物的醫護專業人士姓名： \_\_\_\_\_

乙、醫療廢物轉交詳情：

疫苗接種場次 (請在適當的□位置加上「✓」號)	利器收集箱 數量
<input type="checkbox"/> 接種第一劑 <input type="checkbox"/> 接種第二劑	_____個

丙、醫療機構及學校簽署及蓋印

由醫療機構職員填寫

簽署： \_\_\_\_\_  
 姓名： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 電話： \_\_\_\_\_

醫療機構蓋印

由學校職員填寫

簽署： \_\_\_\_\_  
 姓名： \_\_\_\_\_  
 職位： \_\_\_\_\_  
 電話： \_\_\_\_\_

學校蓋印