

(只適用於學校外展)  
(Applicable only for School Outreach)

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」  
學生接種記錄報告 (接種日)

**Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Catch-up Programme**  
**Student Vaccination Report (On Vaccination Day)**

請 貴校與醫療機構核對資料並於疫苗接種活動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)

Please check with medical organisation and email this form to the Programme Management & Vaccination Division of the Centre for Health Protection (Email: hpvp@dh.gov.hk) **within one working day after completion of each vaccination activity**

學校編號 : 學校名稱 :  
School Code : Name of school :  
服務提供者號碼 : 負責醫生姓名 :  
SPID : Name of responsible doctor :

醫療機構名稱 :  
Name of medical organisation :  
接種日期 :  
Date of vaccination :  
接種場次 :  第一劑 (1st dose)     第二劑 (2nd dose)  
Vaccination session :

同意接種人數 :  
Total no. of consented students :  
實際接種人數\* :  
Total no. of vaccinated students\* :

\*\*\*\*\*

貴校有否於人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗學校外展活動中安排學生接種其他疫苗 (例如: 季節性流感疫苗)? Has your School arranged other vaccination (e.g. Seasonal Influenza Vaccination) for students during the HPV Vaccination School Outreach activity?	
<input type="checkbox"/> 有 YES 疫苗種類 Type of Vaccine : <input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 Seasonal Influenza Vaccination <input type="checkbox"/> 其他(請注明) Others (please specify) : 實際接種人數 Actual no. vaccinated*:	<input type="checkbox"/> 沒有 NO

\*接種當日的實際接種學生人數(未必等於同意接種人數)

\*Counting actual no. of vaccinated students on vaccination day (May be different from the no. of consented students)

由醫療機構職員填寫  
Fill in by **medical organisation** staff

簽署 :  
Signature :  
姓名 :  
Name :  
職位 :  
Post :  
電話 :  
Contact No. :



醫療機構蓋印 Clinic Chop

由學校職員填寫  
Fill in by **school** staff

簽署 :  
Signature :  
姓名 :  
Name :  
職位 :  
Post :  
電話 :  
Contact No. :