

補充表格

2024/25 季節性流感疫苗學校外展（免費）計劃 小學外展

自選醫生/醫療機構資料

學校請於自選服務醫生後填妥此補充表格，並於 2024年7月15日或之前以傳真或電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗服務科（傳真號碼：2320 8505 / 電郵地址：sivop@dh.gov.hk）。

學校名稱： _____

第一部分 - 由學校填寫

本校**同意**參加 2024/25 季節性流感疫苗學校外展（免費）計劃，並已聯絡下列醫生/醫療機構到校提供免費流感疫苗接種。

醫生姓名： _____

醫療機構名稱： _____

第二部分 - 由服務醫生填寫

本人/ 本人其醫療機構**同意**透過自選醫生/醫療機構為上述學校提供疫苗接種。

| | | | |
|-------------|---|-------|------------|
| 醫生簽署 | : | _____ | 診所/醫療機構印章: |
| 聯絡人姓名 | : | _____ | |
| 聯絡人職位 | : | _____ | |
| 醫生/醫療機構聯絡電話 | : | _____ | |

填妥第一及第二部分後由學校代表提交

| | | | |
|--------|---|-------|-------|
| 學校代表簽署 | : | _____ | 學校印章: |
| 學校代表姓名 | : | _____ | |
| 學校代表職位 | : | _____ | |
| 聯絡電話 | : | _____ | |
| 日期 | : | _____ | |