

ワクチン損失事故報告書

千葉市長 様

年 月 日 報告

報告者	医療機関名				
	住所	千葉市 区			
	電話番号	043- -			
	氏名 (責任者)				
損失発生日		年 月 日 () 午前・後 時 分頃			
損失の状況					
今後の対応					
損失対象の ワクチン名	ワクチン名	本数	ワクチン名	本数	※ロットシールを貼付
	ロタリックス		ロタテック		
	小児用肺炎球菌 (20価プレベナー)		小児用肺炎球菌 (15価バクニューバンス)		
	B型肝炎		五種混合		
	麻しん・風しん混合		水痘		
	日本脳炎		二種混合		
	HPV(シルガード9)		RSウイルス 母子免疫ワクチン		
					計 本

千葉市記入欄

受付日	年 月 日	受理印	
-----	-------	-----	--