

予防接種に係る誤接種報告書

医療機関	住所	連絡先(TEL)
	医療機関名	代表者名
	実施医師名	
被害者 (対象者)	住所	
	名前	性別 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (接種日時点の年齢 歳 か月)
	保護者名	
誤接種の内容	接種日 年 月 日	ワクチンの種類
	メーカー	ロット番号
	概要	
事実経過 (健康被害の有無も含めて)		
原因 (問題点等)		
対策 (改善策)		
被害者(保護者) への対応結果		

上記のとおり報告します。

年 月 日

福山市長 様
(保健予防課)

医療機関名

代表者名



