

三豊市長 山下 昭史 殿

定期の予防接種による間違いの報告について

医療機関名	
所在地	
電話番号	

接種医師の氏名		
ワクチン	種類	
	メーカー名	
	ロット番号	
	有効期限	
予防接種実施年月日 (事故発生日)		
事故に係る被接種者数		
事故の概要と原因		
医療機関において 講じた事故への対応 (公表の有無を含む。)		
健康被害発生の有無 (健康被害が発生した場 合は、その内容を記載)		
今後の再発防止策		