

様式 6

令和 年 月 日

高松市長 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 (間違い発生日)		
間違いに係る被接種者数		
間違いの概要と原因		
医療機関において講 じた間違いへの対応 (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		