

# 登記表

## 「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」-中學

學校請填妥登記表，並於 2024 年 11 月 22 日或之前以電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：hpvp@dh.gov.hk）。

### 第一部分、外展活動選擇

學校請在適當方格內加上「√」號：

#### 貴校選擇哪類外展活動？

- ☐ 學校自行選擇醫生。（請填妥第二部分及第三部分，簽署後交回此登記表。）
- ☐ 衛生署配對。（請填妥第二部分，簽署後交回此登記表。衛生署將為學校配對服務醫生。）
- ☐ 學校於較早時間經已安排人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗接種活動。

### 第二部分、學校資料

學校名稱：

---

學校地址：

---

估計合資格的（中五或以上，或同等級別）女學生人數：

僅適用於男校：  
是否有女學生正在校內就讀\*

是  
女生人數：

否

所屬區域\*：

香港/ 九龍/ 新界東/ 新界西

聯絡電話：

---

電郵地址：

---

傳真號碼：

---

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：

---

\*請圈出適當的選項

（下頁待續）

### 第三部分、 自選醫生資料

當學校自行選擇服務醫生並達成共識後，請填妥下列甲部及乙部，並於 **2024年11月22日或之前**以電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：[hpvp@dh.gov.hk](mailto:hpvp@dh.gov.hk)）。

學校名稱： \_\_\_\_\_

#### 甲部 - 由學校填寫

本校**同意**參加「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」，並已聯絡下列醫生到校提供免費人類乳頭瘤病毒疫苗接種服務。

醫生姓名： \_\_\_\_\_

醫療機構名稱： \_\_\_\_\_

#### 乙部 - 由服務醫生填寫

本人**同意**透過自選醫生為上述學校提供外展疫苗接種服務。

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	:	_____	

(完)