

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

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）。

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)