

## 補充表格

### 2025/26 季節性流感疫苗學校外展計劃

#### 自選醫生/醫療機構資料

學校請於自選服務醫生後填妥此補充表格，並於 2025 年 6 月 30 日或之前以傳真或電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗服務科（傳真號碼：2320 8505 / 電郵地址：sivop@dh.gov.hk）。

學校名稱：\_\_\_\_\_

#### 第一部分 - 由學校填寫

本校同意參加 2025/26 季節性流感疫苗學校外展計劃，並已聯絡下列醫生/醫療機構到校提供流感疫苗接種。

醫生姓名：\_\_\_\_\_

醫療機構名稱：\_\_\_\_\_

本校與服務醫生協定使用以下疫苗：

☐ 注射式（減活季節性流感疫苗）

☐ 噴鼻式（減活季節性流感疫苗）

☐ 混合模式（可於同一或不同的外展活動自由選用注射式減活和噴鼻式減活流感疫苗）

#### 第二部分 - 由服務醫生填寫

本人/ 本人其醫療機構同意透過自選醫生/醫療機構為上述學校提供疫苗接種。

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	:	_____	

#### 填妥第一及第二部分後由學校代表提交

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	:	_____	