補充表格

2026/27 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 **2026 年 6 月 30 日**或之前以傳真或電郵方式交回衞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）。

學校級別: *幼稚園/幼兒中心/ 小學 / 中學

學校名稱: _____

第一部分 – 由學校填寫

1. 本校**同意**參加 2026/27 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: _____

2. 本校與服務醫生協定使用以下疫苗:

☐ 注射式（滅活季節性流感疫苗）

☐ 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滅活和噴鼻式減活流感疫苗）

3. 醫療機構會否額外收費？

☐ 會，每劑注射式疫苗 $ _____ 每劑噴鼻式疫苗 $ _____

☐ 否

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	:		