

【送付先】

大阪市ワクチン発注事務局 行き

FAX:050-8881-6989

バイアル廃棄数報告書

バイアルの廃棄数について下記のとおり報告します。

医療機関コード又は介護保険事業所番号	2	7	1						
医療機関名									
記入者名(連絡先)	(Tel:)								
記入日	令和	年	月	日					

① 廃棄ワクチン種別

該当項目に✓をしてください

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| ☐ 従来ファイザー | ☐ 従来モデルナ | ☐ ノババックス |
| ☐ ファイザーBA.1 | ☐ ファイザーBA.4-5 | |
| ☐ モデルナBA.1 | ☐ モデルナBA.4-5 | |
| ☐ ファイザー(5歳～11歳用) | ☐ ファイザー(6か月～4歳用) | |

② バイアル廃棄数報告

(注)未開封及び開封はしたものの1回も接種せずに廃棄したバイアル本数のみご報告ください

廃棄日	令和	年	月	日
廃棄バイアル数	本			
廃棄バイアル納品日	令和	年	月	日

※:再融通を受けた場合は受け取った日付を記入ください

③ 廃棄理由

該当項目に✓をしてください

- | |
|---|
| ☐ 保管機器(冷蔵庫等)の故障や電力会社の停電により適温での管理ができなくなったため |
| ☐ 接種申込者からの急なキャンセルにより保管期限を過ぎてしまったため |
| ☐ その他(下記に理由を記入してください) |

--