

# 廃棄量

## ワクチン接種実績報告書

令和 年 月 日

7

医療機関コード	.....
医療機関名	.....
T E L	.....
F A X	.....
代表者職氏名	職：..... 氏名：.....

### ワクチン廃棄量

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

ファイザー	本
アストラゼネカ	本
武田/モデルナ	本

※未開封のバイアルを有効期間切れ等の理由により廃棄した、  
又は開封したものの1回も接種をせずに廃棄したバイアル本数を記入してください。  
1回でも使用したバイアルは記入する必要はありません。