附表2

百白破疫苗补种完成情况日报表（各级通用）

填报单位： 填报人： 审核人： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单 位 名 称**  | **应补种****总人数** | **应补种****总剂次数** | **上日补种****人数** | **累计补种****人数** | **上日补种剂次数** | **累计补种****剂次数** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

注：接种单位按日汇总报告本表，各级疾控机构汇总，逐级上报本表。