

宜蘭縣公費人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）特約醫療院所合約書

宜蘭縣政府衛生局(以下簡稱甲方)與人類乳突病毒疫苗（HPV 疫苗）特約醫療院所（以下簡稱乙方），為推動人類乳突病毒疫苗（以下簡稱 HPV 疫苗）接種服務事宜，雙方議定事項如下：

第一條 乙方接受甲方委託，辦理公費 HPV 疫苗接種作業。

第二條 乙方應依照甲方訂定之作業流程、規定之接種對象、工作項目、時程等辦理本項接種工作，並依規定進行相關事項之公告、提報各項資料，並配合衛生福利部國民健康署或甲方後續發佈之相關行政措施。

第三條 乙方辦理本項接種業務時，應就下列項目張貼公告於明顯處，使民眾瞭解本項接種服務之相關規定。

- (一) 接種流程：小型診所如其接種流程與平常看診無異，可免公告。
- (二) 掛號方式：如現場掛號及預約辦法。
- (三) 張貼衛生單位印製之單張、海報及相關注意事項。

第四條 乙方辦理本項接種業務時，應符合下列規定：

- (一) 接種公費 HPV 疫苗前之健康評估應由具有可執行該項評估之醫師資格者為之（醫師法規定中醫師、牙醫師除兼具有醫師資格者外，不得執行上述醫師專業範圍內之醫療業務）。
- (二) 乙方辦理公費 HPV 疫苗接種服務，負責執行接種作業之醫師須完成2小時(含)以上「HPV 疫苗接種教育訓練」課程。
- (三) 乙方應備有基本急救設備（至少應儲備 Epinephrine (1:1000)），以因應立即必要之處置，並應擬具緊急轉送流程。
- (四) 若個案接種後產生嚴重不良反應(包含死亡、休克、接種後持續發燒及其他嚴重症狀致住院等)，應填報「HPV 疫苗嚴重不良事件通報表」（附件1），並立即通報甲方，由甲方協助處理。

第五條 乙方辦理本項計畫實施對象之接種工作，應檢具甲方指定相關表單向甲方申請接種處置費，接種處置費每人每劑100元固定金額給付。

第六條 乙方提供本項公費 HPV 疫苗接種，除疫苗免費外，其餘掛號費等相

關費用，得依相關收費標準收取。

第七條 乙方實施公費 HPV 疫苗接種服務，接種前應進行個案接種之健康、疫苗使用禁忌評估，並予衛教說明接種疫苗之重要性及接種後可能發生之反應與處置，使學生及家長(或監護人)充分瞭解後填寫「**HPV 疫苗接種同意書暨評估單**」(附件2)並簽名。

第八條 甲方人員得隨時前往乙方查核冷藏設備、前述應提報資料、應公告事項、應注意事項、建議採行之配套措施及其他相關資料與事項，乙方不得拒絕。

第九條 乙方因故不再接受甲方委託辦理宜蘭縣公費 HPV 疫苗接種時，應於30日內向甲方提出書面申請終止合約。

第十條 乙方辦理公費 HPV 疫苗接種服務，須將 HPV 疫苗接種同意書及評估單，依醫療法規定保存。

第十一條 乙方實施公費 HPV 疫苗接種服務，在衛生福利部國民健康署完成 NIIS 系統欄位修正前應依該署指定格式填報接種名冊；系統修正完成後上傳至 NIIS 系統或其他本局指定系統，乙方如未依規定填報或填報內容缺失有誤，應接受甲方輔導並依限改善。

第十二條 賠償及終止合約情形

乙方有下列情事之一者，甲方除不予給付接種業務費用外，並得終止合約；如因此致甲方有損害時，甲方並得請求賠償：

- (一) 乙方辦理本項接種工作之疫苗，由甲方免費供應，並由雙方協定領送。
- (二) 乙方應依規定之冷藏溫度進行儲存及運送疫苗，如有因乙方之過失致疫苗短少或毀損時，應依「**公費疫苗毀損賠償等級**」(附件3)負疫苗損害賠償責任及造成行政計畫推行困難之懲罰性違約金，情節重大者連帶終止合約。
- (三) 乙方未依契約規定履約者，甲方得隨時通知乙方部分或全部暫停執行，至情況改正後，方准恢復履約。
- (四) 公費疫苗接種費用應依當年度計畫規定收取規定範圍內費用，超額收取將取消合約資格。
- (五) 乙方未依契約規定履約者，經甲方書面通知改善後，仍不改善者，甲方得隨時予以終止合約，乙方應將尚未使用之疫苗及標示牌交還甲方。繳還時疫苗如有短少且蓄意違反善良管理人之保管義務，依相關規定辦理。
- (六) 乙方如涉有違反醫療相關法令規定者，由相關單位依相關法令處理。

第十三條 乙方未依約履行疫苗賠償款及違約金時，甲方將依行政程序法第148條移送強制執行。

第十四條 本合約若有未盡事宜，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本合約同。

第十五條 本合約有效期間契約訂定日起至108年12月20日止，若衛生福利部國民健康署109-110年亦有 HPV 疫苗補助計畫且計畫無重大變動，則自動展延至110年，實施契約期間依照當年度衛生福利部國民健康署計畫及本局計畫訂定之。

第十六條 本合約一式4份，自雙方簽名蓋章後生效，由甲方留存2份、轄區衛生所留存1份、乙方留存1份為憑。

立合約人：

甲方：宜蘭縣政府衛生局 (關防)

代表人：徐迺維局長 (簽章)

地址：宜蘭縣宜蘭市女中路2段287號

電話：03-9322634

乙方： (關防)

代表人： (簽章)

醫療機構地址：

醫療機構代碼章： (十碼章)

統一編號：

聯絡窗口：

電子郵件：

電話：

中 華 民 國 年 月 日