

本署檔號 Our Ref. : DH/ERPMB/PMVD/VS/HPV
來函檔號 Your Ref. :
電話 Tel. : 2125 2114
電郵 Email : hpvp@dh.gov.hk

致 各全港中學(包括特殊學校的中學部)校長/負責職員：

邀請參與「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」-中學

衛生署現邀請全港中學參與「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」-中學。

自 2019/2020 學年起，衛生署在「香港兒童免疫接種計劃」(兒童接種計劃)下為合資格的小五及小六女學童推出人類乳頭瘤病毒疫苗接種計劃。衛生署衛生防護中心轄下的疫苗可預防疾病科學委員會(科學委員會)在檢視有關人類乳頭瘤病毒疫苗的效能和安全性的科學實證、世界衛生組織的建議、海外的實踐經驗，以及本地就疫苗接種接受程度及成本效益的研究後，在 2022 年 11 月建議將人類乳頭瘤病毒疫苗的接種目標組別擴展至 18 歲或以下較年長的女童。

因應科學委員會的建議，政府計劃實施一次性補種疫苗計劃，為 2004 年或以後出生合資格的女中學生或較年長女童(即於 2022 年年滿 18 歲或以下及未被現有計劃涵蓋的女生)接種人類乳頭瘤病毒疫苗。



I. 簡介會

為提供更多是次計劃的資訊以便學校報名參與，本署將以 ZOOM 網路研討會形式向學校介紹細節安排。誠邀你或 貴校的代表出席是次簡介會。

日期：	2024 年 11 月 8 日（星期五）
時間：	10:30 -11:30
語言：	廣東話（簡報內容會以英文顯示）
形式：	ZOOM 網路研討會

如欲參加簡介會，煩請填妥簡介會回條，並於 **2024 年 10 月 31 日或以前**，以電郵方式交回至衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：hpvp@dh.gov.hk）。成功登記後，參加者稍後將收到電郵確認 ZOOM 網路研討會的詳情。

II. 計劃安排

計劃運作形式將與「季節性流感疫苗學校外展（免費）計劃」相似。在計劃下，就讀本地中學的合資格女學生（即中五或以上，或同等級別）會獲提供兩針人類乳頭瘤病毒疫苗。計劃將於 2024/25 學年開展並持續至 2026 年 12 月以完成兩劑疫苗接種。現誠邀 貴校在上述計劃下安排外展接種疫苗活動。

公私營合作外展隊將到訪參與上述計劃的中學，為合資格女學生提供免費外展人類乳頭瘤病毒疫苗接種服務。與「季節性流感疫苗學校外展（免費）計劃」相同，學校可自行選擇服務醫生或由衛生署為學校配對一位服務醫生。相關疫苗接種服務免費提供予學校及學生。

我們謹此提醒學校，當透過「學校自行選擇醫生」選擇服務醫生時，應避免與醫生作出任何不正當的財務（或利益）交易。

請填妥登記表第一及第二部分以說明 貴校選擇的外展接種服務

並交回登記表，而自行選擇醫生的學校則需額外填妥登記表第三部分。若貴校已自行安排疫苗接種活動，仍務請填妥並交回登記表。有關表格須於2024年11月22日或之前，電郵至 hpvp@dh.gov.hk 衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科。我們將於 2024 年 11 月/12 月通知學校有關申請結果。

如有查詢，請致電計劃熱線 2125 2114。

衛生署衛生防護中心總監



(鄭良莉醫生 代行)

2024 年 10 月 21 日

簡介會回條

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」-中學

簡介會報名表格

如欲參加 ZOOM 網路研討會，請填妥此回條⁽¹⁾，並於 **2024 年 10 月 31 日或以前** 以電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：hpvp@dh.gov.hk）。

本人或本人的代表將參加以下所示的簡介會：

日期：	2024 年 11 月 8 日（星期五）
時間：	10:30 -11:30
形式 ⁽²⁾ ：	ZOOM 網路研討會

學校名稱：	
學校地址：	
學校代表姓名：	*(先生/ 女士/ 小姐)
	(職位：)
聯絡電話：	
電郵地址 ⁽³⁾ ：	

*請圈出適當的選項

學校代表簽署：

日期：

學校印章：

備註

- (1) 本表格收集個人資料的目的是為了安排簡介會、記錄及編制統計資料。
- (2) 簡介會及討論將以粵語進行，而投影片內容則以英文顯示。
- (3) 請確保所提供的電郵地址能有效接收詳細資訊。

登記表

「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」-中學

學校請填妥登記表，並於 2024 年 11 月 22 日或之前以電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：hpvp@dh.gov.hk）。

第一部分、 外展活動選擇

學校請在適當方格內加上「√」號：

貴校選擇哪類外展活動？

- 學校自行選擇醫生。（請填妥第二部分及第三部分，簽署後交回此登記表。）
- 衛生署配對。（請填妥第二部分，簽署後交回此登記表。衛生署將為學校配對服務醫生。）
- 學校於較早時間經已安排人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗接種活動。

第二部分、 學校資料

學校名稱：

學校地址：

估計合資格的(中五或以上，或同等級別)女學生人數：

僅適用於男校：
是否有女學生正在校內就讀*

是	否
女生人數：	

所屬區域*：

香港/ 九龍/ 新界東/ 新界西

聯絡電話：

電郵地址：

傳真號碼：

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：	

學校代表姓名：

學校代表職位：

聯絡電話：

日期：

*請圈出適當的選項

第三部分、 自選醫生資料

當學校自行選擇服務醫生並達成共識後，請填妥下列**甲部及乙部**，並於 **2024年11月22日或之前**以電郵方式交回衛生防護中心項目管理及疫苗計劃科（電郵地址：hpvp@dh.gov.hk）。

學校名稱： _____

甲部 - 由學校填寫

本校**同意**參加「人類乳頭瘤病毒(HPV)疫苗補種計劃」，並已聯絡下列醫生到校提供免費人類乳頭瘤病毒疫苗接種服務。

醫生姓名： _____

醫療機構名稱： _____

乙部 - 由服務醫生填寫

本人**同意**透過自選醫生為上述學校提供外展疫苗接種服務。

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	:	_____	

(完)