

Immunization Program Vaccine Transfer Report (EPI- 6)



THE FOLLOWING VACCINE(S) WAS: TRANSFERRED TO

VFC PIN

EXPIRED

DAMAGED

Vaccine Type	Number of Doses	Lot #	Expiration Date
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 15px;" type="text"/>

REMARKS:

TRANSFERRED FROM:
VFC PIN # **Parish Health Unit or Clinic Name**

WHEN TRANSFER TAKES PLACE
PLEASE SEND REPORT TO:

Signature

Date of Transfer

**Louisiana Department of Health
Office Immunization Program
1450 Poydras Street
Suite 1938
New Orleans, LA 70112
Phone: (504) 568-2600
Fax: (504) 568-2660**

Print Form