(別紙３)

　　　　　　　　　　　　　　**抗HIV予防薬受領届**

　年　　　　月　　　日

滋賀県健康医療福祉部感染症主管課長　あて

下記薬剤、検査薬を受領いたしましたので報告します。

　　　　　　　　　　受領担当者（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　（所属）

　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤・検査薬名 | 受領数 | 使用期限 |
| デシコビ配合錠 | 　　　　　錠(　　　日分) | 　　　年　　　　月 |
| テビケイ錠 | 　　　　　錠(　　　日分) | 　　　年　　　　月 |
| 妊娠検査薬 | 　　　　　回分 | 　　　年　　　　月 |

　　　　　　　　配達職員　（所属）

　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）

**報告先**

滋賀県健康医療福祉部感染症主管課

電話：077-528-3632 FAX:077-528-4866

メール：kansen@pref.shiga.lg.jp