

年 月 日

石川県健康福祉部健康推進課長 様

H I V感染予防薬払出報告書

_____ 病院

_____ 院長

石川県から配置されているH I V感染予防薬を以下のとおり払い出したので報告いたします。

払出年月日	提供希望医療機関 及び 感染管理担当医師等	払出薬剤名 払出錠数(合計)		投与日数	払出 担当者
		ツルバダ	アイセン トレス		
				日分	
				日分	
				日分	