

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
		ビクタルビ®配合錠		
			日分	
			日分	
			日分	