

(別紙)

岡山県保健医療部医薬安全課 国有ワクチン担当者 行

FAX番号：086-224-2133

(本紙のみ送信ください。)

国有ワクチン供給要請連絡票 (医療機関用)

日時	年 月 日 :	対応医薬安全課職員名	
----	---------	------------	--

	項目	内容
1	必要ワクチン名	(1) 乾燥ガスエソウマ抗毒素 (2) 乾燥ジフテリアウマ抗毒素 (3) 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (A, B, E, F型) (4) 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素 (E型)
2	緊急度	(1) 至急 (2) 本日中 (: 迄) (3) 日迄 (4) その他【 】
3	必要本数	本
4	医療機関名	
5	医療機関所在地	
6	電話番号 FAX番号	
7	担当者名	
8	受領手段	(1) 医療機関が備蓄先まで取りに行く。 (2) その他【 】
9	今後の投与計画	(1) 不要 (2) 最大必要予定本数 本
10	備考	

【注意事項】

(1) 一度受領したワクチンは、返却不可です。

(2) 別途、書面による物品譲渡申請手続きが必要となります。

※ 以下の欄には、記載しないこと。

受領年月日	年 月 日
受領者	