

【様式1】

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

配置医療機関

医療機関名

担当所属

担当者

H I V曝露事故後の感染予防薬配置医療機関窓口等報告書

このことについては次のとおりです。

時 間 帯	平日時間内	時間外
所 属		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
電子メール		
備 考		