

【様式5】

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

担当者（署名）

H I V曝露事故後の感染予防薬受領書

次のとおりH I V曝露後の予防薬を受領しました。

記

T D F / F T C （ツルバダ錠）	1 錠 / 日 ×	日分
R A L （アイセントレス錠）	2 錠 / 日 ×	日分