

【様式6】

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曝露事故後の予防薬使用（提供）報告書

別添写しのとおりH I V曝露後の予防薬を使用（提供）しましたので報告します。