別紙様式

抗 HIV 薬等要求書

令和　　年　　月　　日

沖縄県保健医療介護部感染症対策課長　殿

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担 当 者 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿＿＿

沖縄県血液等曝露後 HIV 感染予防薬整備事業実施要領に基づき、
下記のとおり HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬を要求します。

要求する理由（該当する項目にチェックを入れてください）

☐ 処方等により使用したため

（
処方対象
所属：　☐　他施設　　☐　自院
業種：　☐　医療機関　　☐　歯科診療所　　☐　その他（　　）
）

☐ 使用期限切れにより廃棄したため

要求する抗 HIV 薬等（要求する項目にチェックを入れてください）

☐ HIV 迅速診断キット：10 回分

☐ 全血展開液：１本（100 回分）

☐ ツルバダ錠（TDF/FTC）：３日分

☐ アイセントレス錠 400mg（RAL）：３日分

土日、祝祭日の受け取り対応

☐ 可能　　☐ 不可（平日の受け取りを希望）

送付先：沖縄県保健医療介護部
　　感染症対策課　感染症予防班　あて
ＦＡＸ：098-869-7100
MAIL：aa090808@pref.okinawa.lg.jp