

別紙様式

抗 HIV 薬等要求書

令和 年 月 日

沖縄県保健医療部地域保健課長 殿

医療機関名 _____

担当者名 _____ 印 _____

沖縄県血液曝露後 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
- 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

送付先：沖縄県保健医療部地域保健課
結核感染症班 あて

F A X : 098-866-2241

MAIL : aa090701@pref.okinawa.lg.jp