

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地域保健課長 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
 地域保健課 感染症対策班 あて
F A X：098-866-2241
MAIL：aa090701@pref.okinawa.lg.jp