

【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

ビクタルビ配合錠

1 錠／日×

日分