

(別紙)

奈良県薬務課薬物監視係（国有ワクチン担当） 行

FAX番号：0742-27-3029

(本紙のみ送信ください。)

国有ワクチン（抗毒素）供給要請連絡票（医療機関用）

日時	年 月 日 :	対応薬務課職員名	
----	---------	----------	--

	項目	内容
1	必要ワクチン名	(1) 乾燥ガスエソウマ抗毒素 (2) 乾燥シフテリアウマ抗毒素 (3) 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（A・B・E・F型） (4) 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（E型） (5) 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
2	緊急度	(1) 至急 (2) 本日中（ : 迄） (3) 日迄 (4) その他【 】
3	必要本数	本
4	医療機関名	
5	医療機関所在地	
6	電話番号 FAX番号	
7	所属 担当者名	
8	受領手段	(1) 医療機関が備蓄先まで取りに行く。 (2) その他【 】
9	今後の投与計画	(1) 不要 (2) 最大必要予定本数 本
10	備考	

【注意事項】

- (1) 一度受領したワクチンは、返却不可です。
- (2) 別途、書面による物品譲渡申請手続きが必要となります。