

様式第3号

予防薬使用・提供報告書

年 月 日

川崎市健康福祉局長 様

(H I V感染予防薬配置病院)

住 所 \_\_\_\_\_

病 院 \_\_\_\_\_

担当医名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり、予防薬を使用・提供したので報告します。

1 使用・提供年月日 年 月 日

2 使用・提供施設

所在地

施設名

3 針刺し事故発生年月日 年 月 日

4 使用・提供薬剤名（ロット番号）及び数量