

依 頼 書

予防薬配置医療機関

留萌市立病院長 様

この度、当施設の職員が患者様の体液に曝露しました。
つきましては、HIV 感染予防のための内服薬の提供をお願い致します。

職 員 名

生 年 月 日

連絡先電話番号

住 所

留萌市立病院受診歴 あり（受診カードNo. _____） なし

平成 年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

電 話 番 号

依頼施設医師等氏名

印