【様式１】

　　年　　月　　日

予防薬配置医療機関の長　様

仲介病院長

HIV感染予防薬配置依頼書

　このことについて、次のとおりHIV感染予防薬を送付いたします。

　予防薬を使用した際には、「針刺し事故等によるHIV感染予防体制整備要領」に基づき、当院へ報告くださるようお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名  ロット番号 | 数量 | 使用期限 | 備考 |
| RAL  (アイセントレス®錠400mg) | 錠 | 年　　　月 |  |
| TAF/FTC  (デシコビ®配合錠HT) | 錠 | 年　　　月 |  |