（別紙様式２）

国有ワクチン等施用概要報告書

令和　　年　　月　　日

　和歌山県福祉保健部健康局薬務課長　様

 　　　　（医療機関等）

 名　称：

　下記の国有ワクチン等を施用しましたので、その概要について下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国有ワクチン等請求品名 | 品　名 |  |
| 規　格 |  | 数　量 |  |
| 医師の所見 | 患者（性別：　　　　　年齢：　　　　　　）（ 医師氏名： ） |

【担当者名】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属 |  |  |
| 職・氏名 |  　　　 | 電　話 |  |
|
|  |  |  |  |  |  |