（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	