

新型インフルエンザワクチン申込書

年 月 日

施設名称 _____

担当者名 _____

連絡先(電話) _____

1mlバイアル (成人2回接種分)	0.5mlシリンジ×5本(箱) (成人5回接種分)	10mlバイアル (成人18回接種分)
(本)	(箱)	(本)

注:平成22年2月22日から,新型インフルエンザワクチンの供給については,県を經由せず,直接,医薬品卸売業者に注文していただくことといたしました。

ワクチンの購入を希望する場合には,本書に必要量をご記入のうえ,裏面記載の各社営業所あてFAXにてご注文願います。

なお,ワクチンの供給体制など制度に関してご不明な点がある場合には,県保健予防課(Tel:029-301-3233)または薬務課(Tel:029-301-3384)までお問い合わせ願います。