

年 月 日

福井県健康福祉部健康医療局保健予防課長 様

_____ 病院

院長 _____

H I V 感染予防薬提供窓口等変更報告書

福井県より配置された HIV 感染予防薬提供窓口の連絡先を下記のとおり変更しましたので報告します。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		