（様式２）

年　　月　　日

熊本県知事　様

（医療機関等）

住所

名称

代表者

国有ワクチン等受領書

供給申請した国有ワクチン等は、　　　　年　　月　　日に下記のとおり確かに受領しました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 品　　名 |  |
| 数　　量 |  |
| 製 造 元 |  |
| 有効期限 |  |
| ロット番号 |  |

担当者：所属

　　　　氏名

電話番号：

FAX番号：