（様式１）

国有ワクチン等供給依頼申請書

年　　月　　日

　熊本県知事　様

申請者（医療機関等）

住所

名称

代表者

　下記のとおりの国有ワクチン等の供給を受けたいので申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 品　　名 |  |
| 数　　量 | 本 |
| 使 用 期 | 年　　月　　日（　　） |
| 使用目的 | 緊急（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考  （国有ワクチン等  送付先） | 住所  名称  担当者  電話番号  FAX番号 |