

年 月 日

石川県健康福祉部健康推進課長 様

H I V感染予防薬提供窓口等変更報告書

_____ 病院

_____ 院長

石川県より配置されたH I V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		