

神 奈 川 県 知 事 殿

申請者（開設者又は病院長名） 住所

氏名

印

国有ワクチン等供給申請書

付属書の条件により、次のとおりワクチン等の供給を受けたいので申請します。

需要事項

品 名 (該当するものを ○で囲んでくださ い)	・ 乾燥ガスエソウマ抗毒素 ・ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素 ・ 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（ABEF 型） ・ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素（E 型）
数 量	
使 用 期	
使 用 目 的	緊急（ ）・ 備蓄
備 考	送付先 ・ 名 称 ・ 所 在 地 ・ 担 当 部 署 ・ 担 当 者 ・ 電 話 番 号