

オミクロン株対応ワクチン用 ファイザー社ワクチン発注書

オミクロン株対応型ファイザー社ワクチンについて下記のとおり発注します

医療機関コード又は 介護保険事業者番号							
医療機関名							
医療機関所在地	高槻市						
連絡先	TEL:() —						
FAX 番号	FAX:() —						
割当配送グループ	☐ 月 ☐ 火 ☐ 木 ☐ 金						

FAX発注×切日は納品日予定日の3営業日前となります

針・シリンジ等は、ワクチンと同時に規定数納品されます

FAX受付後、受付印を押印し再度返送いたしますので、大切に保管してください

発 注 日			
令和	年	月	日
納品希望日			
令和	年	月	日
納入希望数			
			人分
6の倍数で記入してください			

高槻市記入欄

納品予定日

月 日()

受 付 印

送付先

高槻市新型コロナワクチン接種対策チーム行き
FAX:072-674-7397