

XBB.1.5対応

乳幼児用(生後6か月～4歳)ファイザー社ワクチン発注書

発注日
令和 年 月 日
納品希望日
令和 年 月 日(月)
納入希望数
人分
10の倍数で記入してください

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	() -					
FAX番号	() -					
割当配送グループ	月曜日午後(13:30～16:30)					

注意事項

- ・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
- ・FAX の発注メ切は納入予定日の 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

送付先

高槻市新型コロナワクチン接種対策チーム
FAX:072-674-7397

高槻市記載欄

受付印

納品予定日

月 日(月)