

第4号様式

受 領 書

年 月 日

山梨県知事 殿

(医療機関) 所在地

名 称

電話番号

FAX 番号

担当者名

次のとおり国有ワクチン類を 年 月 日に受領しました。

品 名	
数 量	
ロット番号	
最終有効期限	
製 造 所 名	
保 管 者 (使 用 者)	
備 考	