

(様式第1)

特定生物由来製品の使用記録に関する届書

年 月 日

長崎県知事 殿

住所
氏名

このことについて、下記のとおり報告します。

記

廃止する医療機関 名称	
管理者氏名	
特定生物由来製品 の使用記録の有無	有 ・ 無
有の場合、 記録の保管方法 (該当するものに 印を付けること)	1 廃止時点の管理者が保管 (氏名:) (住所:) (連絡先:) 2 新たな医療機関の管理者が保管(氏名:) (住所:) (連絡先:) 3 上記1,2以外の者が保存する。(氏名:) (連絡先:) (廃止医療機関との関係性:) 4 県に提出する。()
県に提出する場合 の理由	1 管理者死亡等により後任管理者が不在 2 管理者病気療養等により記録保存が困難 3 その他 ()

() 県に提出する場合は、特定生物由来製品使用に関する記録(記載例: 様式第2)も併せて提出すること。