書面による自己検査に係る連絡先情報及び補足事項等報告書

●　連絡先情報（必須）

　下表に所要事項を記載のうえ、チェックシート等とともに提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

【窓口担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

●　チェックシートの判定理由等補足事項

　各チェックシートの判定において、特に補足する事項がある場合は、下表に記載願います（後日、この記載をもとに、個別に聞き取りさせていただく場合があります）。

〔記載例〕

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 医薬品関係 |
| 項目 | １．毒劇薬の区別と施錠保管□毒薬又は劇薬を他のものと区別している。 |
| 判定 | △ |
| 判定の理由 | 毒薬又は劇薬を他のものと区別すべきところ、当院では、○○という状況であり、○○であるため、判定を△とした。 |
| その他補足事項 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 |  |
| 項目 |  |
| 判定 |  |
| 判定の理由 |  |
| その他補足事項 |  |