

平成 年 月 日

香川県健康福祉部長 殿
高松市保健所長 殿

ゆうパックによる検体送付を行う関係機関

住 所 [法人にあつては、
主たる事務所の所在地]

氏 名 [法人にあつては、名称
及び 代表者の職・氏名]

㊟

ゆうパックを利用して検体を送付する場合の包装責任者の選定について

このことについて、下記のとおり包装責任者を選定したので、連絡します。

関係機関の 施 設	名 称			
	所 在 地			
	業務の種類	医療機関 ・ 検査機関 ・ その他 ()		
	連 絡 先	電話番号 :	ファクシミリ番号 :	
包装責任者	氏 名		選定年月日	
	所 属			
包装責任者	氏 名		選定年月日	
	所 属			
包装責任者	氏 名		選定年月日	
	所 属			
備 考				

(注意)

- 1 包装責任者の変更等、この書類の記載内容に変更があつた場合は、その都度、提出してください。
- 2 包装責任者の資格を証する書類 (研修会受講済証の写し等) を添付してください。
- 3 施設の所在地が香川県内であつて、高松市外の場合は香川県健康福祉部薬務感染症対策課へ、高松市内の場合は高松市保健所保健対策課感染症対策室へ提出してください。