（別紙様式）

香川県薬務感染症対策課　薬事指導グループ　宛

ファクシミリ　０８７－８６１－１４２１

（送信票や鑑は不要です。本様式のみご返信ください。）

**フィンランド産のシカ科動物由来物を原料等として製造される**

**医薬品等の自主点検について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 製造販売業者名 | 該当する業種（全て）を○で囲んでください。  【医薬品・医薬部外品・化粧品・医療機器・体外診断用医薬品】 | | |
| 報告担当者名 |  | | |
| 連絡先TEL |  | 連絡先FAX |  |

【通知記２(１)(２)関係】

|  |  |
| --- | --- |
| 自己点検実施日 | 平成30年　　月　　日 |
| 自己点検の実施結果  （該当するものに〇をつけてください。） | ａ．全ての品目について、点検の対象外である。  ｂ．自己点検の対象となる全ての品目について、  フィンランド産のシカ科動物由来原料等の使用はない。  　　点検方法：  ｃ．自己点検の対象となる品目のうち、フィンランド産  のシカ科動物由来原料等を使用した品目がある。  　　⇒**厚生労働省通知の別紙様式を記載のうえ、厚生労働省に報告してください**。  あわせて、当該様式を本FAXに添付してください。  　※別紙様式は県ホームページ（薬務のページ）に掲載しています。 |
| 【通知記２(３)関係】  （上記点検結果が「ｃ」の場合のみ、当該製品について記入してください。） | |
| 当該製品の、今後の製造・輸入予定 | ａ．現在、製造販売中の製品はなく、今後の製造販売も見合わせる。  ｂ．現在、製造販売を行っているが、今後の製造販売は見合わせる。 |