安全管理措置報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

愛媛県知事　中村　時広　様

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医 療 機 関 名

　　　　　　　　　　　　　　代 表 者 氏 名

年　　月　　日付けで契約を締結した愛媛県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業委託契約について、個人情報取扱特記事項第４の規定に基づき、安全管理措置について下記のとおり報告します。

記

１　業務責任者

２　従　事　者

３　管理体制・実施体制