

独立行政法人国立病院機構
関門医療センター 病院長 殿
(薬剤部経由)

試薬採用申請書

年 月 日

医 長 科 ④

申 請 者 科 ④

該当する箇所に☑を入れてください

申請区分	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 緊急
	<input type="checkbox"/> 限定 (ID 番号 : _____ 患者氏名 : _____)	

試薬名	
用途	<input type="checkbox"/> 臨床検査 (_____)
	<input type="checkbox"/> 院内製剤 (_____)
	院内製剤のクラス分類 <input type="checkbox"/> クラスⅠ <input type="checkbox"/> クラスⅡ <input type="checkbox"/> クラスⅢ
	<input type="checkbox"/> その他
規格・包装単位	
会社名	

申請理由	
------	--

削除候補	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医薬品名 : _____)
------	--

2025年4月改訂