

2026年4月15日

お得意先 各位

村中医療器 株式会社
MURANAKA MEDICAL INSTRUMENTS CO.,LTD.
大阪市中央区船越町 2-3-6
TEL.06-6943-1221 FAX.06-6947-5360

「指定薬物使用目的確約書(クライオサクセス)」
の運用変更に関するご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、この度、日頃よりご愛用いただいております「クライオサクセス」につきまして、指定薬物使用目的確約書(クライオサクセス)の運用を変更させていただくことになりましたのでご案内申し上げます。

本変更に伴い、医療機関様による記名・押印等は不要となります。新様式「ご注文・貸出依頼兼指定薬物使用目的確認書(クライオサクセス)」にご記入のうえ、FAXまたはメール等にてご用命くださいますようお願い申し上げます。

今後とも変わらぬご愛顧を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

■対象商品

注文コード	品番	商品名	GTIN-13
N80-001-01	C-SUC-01	クライオサクセス, ケース付セット	4946306116983
N80-001-03	C-CA-23	カートリッジ (1 本入), クライオサクセス用	4946306117003

■変更内容(様式変更)

変更前	変更後
ご注文書兼指定薬物使用目的確約書 (クライオサクセス)	ご注文・貸出依頼兼指定薬物使用目的確認書 (クライオサクセス) ※新様式は添付のとおりです。
貸出依頼書兼指定薬物使用目的確約書 (クライオサクセス)	

以上

ご注文・貸出依頼兼指定薬物使用目的確認書(クライオサクセス)

本製品は指定薬物(医薬品医療機器等法:第2条第15項)に該当するため、使用目的を確認させていただきます。
下記に漏れなくご記入くださるようお願いいたします。

なお、全項目に記入がない場合、又は使用目的が良性皮膚病変の凍結治療の用途以外の場合、ご注文又は貸出をお断りさせていただきますので了承の程お願いいたします。

ご注文製品	N80-001-01 クライオサクセス,ケース付セット (品番:C-SUC-01)	数量	
	N80-001-03 カートリッジ(1本入),クライオサクセス用 (品番:C-CA-23)		

貸出依頼製品	N80-001-01 クライオサクセス,ケース付セット (品番:C-SUC-01)	数量	
	N80-001-03 カートリッジ(1本入),クライオサクセス用 (品番:C-CA-23)		

【本製品を使用する医療機関の情報】

医療機関名	
医療機関住所	
代表者名	

【貴社(販売店様)の情報】

会社名	
本社の住所	
代表者名	

下記を確認しました。

1. 使用目的

良性皮膚病変の凍結治療の用途(冷媒の用途)に供するために販売又は貸出する目的であり、それ以外の目的に使用しないこと。

2. 本製品をご使用される医療機関が上記の使用目的に使用すること。

3. 保管方法

指定薬物が「人の身体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物」として規制されている物質であることにかんがみ、部外者による盗難や不正な持ち出し等が行われないよう適切な管理をし、また、廃棄を行う際には、廃棄物を盗取されないよう適切な方法をもって廃棄すること。

確認日： 年 月 日

営業所名：

確認者氏名：

以上