

〇〇県〇〇部〇〇課

(ここから下をご記入ください)

## 安定ヨウ素剤に関する受領書

安定ヨウ素剤の説明を受け、理解できた項目の口にチェック (☑) してください。

## ■ 確認事項

- 安定ヨウ素剤の効能・効果について説明を受け、理解しました。
- 安定ヨウ素剤の飲み方や飲む時期について説明を受け、理解しました。
- 原子力災害が起こったときに、安定ヨウ素剤を飲むこと以外の放射線被ばくを未然に防ぐための取組について説明を受け、理解しました。

安定ヨウ素剤の受領の際に、ご署名をお願いいたします

## ■ 安定ヨウ素剤の使用期限

使用期限： 年 月

## ■ 受領者署名欄

安定ヨウ素剤の服用に関する注意事項の説明を受け、副作用の可能性についても理解し、安定ヨウ素剤を受領いたしました。また、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、不要となった場合には地方公共団体若しくは取扱いのある薬局に返却を行います。

受領日： 年 月 日

本人署名： ( )

代理受領者の氏名： ( ) つづきから 続柄 ( )