従　事　者　一　覧（特定病原体用）

病原体等の名称		
Ｂ　Ｓ　Ｌ		
取扱及び保管責任者	配属又は所属	
	職　名	
	氏　名	

◎従事者が学生，任期付職員等の場合は備考欄に従事期間を記載してください。

配属又は所属	職名	氏　　名	病原体等取扱年数	教育訓練受講年月日	健康診断受診年月日	備　　考

※ 非特定病原体BSL3の場合は，本様式を使用すること。