

(別添2)

医療法第6条の5の規定違反が疑われる広告等について（照会）

厚生労働省医政局総務課あて
(FAX 03-3501-2048)

都道府県等名

広告等の対象となった 医師等の氏名又は医療 機関の名称、所在地	名 称： 所在地：
広告等の発見時期	年 月 日
広告等の発見経緯	
広告等を行った者	名 称： 住 所： 連絡先： その他：(広告等の対象となった者との関係等)
広告等の主な内容	
違反が疑われる事項	
広告等の対象者や広告 実施者への調査状況	広告対象者： 有 ・ 無 広告実施者： 有 ・ 無
調査した内容及び指導 状況	
厚生労働省に確認した い事項	
担当者名及び連絡先	担当者名 〃 所属部署名 TEL 〃 FAX
その他	

※照会する広告又は疑いのある情報物の写しや写真等、入手できた広告等の内容の根拠に関する資料を添付すること。
※FAXによる照会を原則とするが、映像や音声による広告等や送付する量が多い場合には、郵送やEメールによる照会について医政局総務課の担当者に相談すること。

報告書（医療法広告違反関係）

都道府県知事 ○○ ○○ 殿
(保健所設置市長、特別区長)

住所（主たる事務所の所在地）
氏名（名称及び代表者の氏名）

- 1 医療機関（又は会社）等の概要
従業員数
法人（又は会社）の設立年月日（個人の場合には開設又は創業年月日）
医療法に基づく許可、届出状況
- 2 違反を指摘された日時、場所等
- 3 媒体名及び年月日
(※指摘を受けた媒体以外の違反広告に使用した媒体名及び年月日も併せて記載)
- 4 指摘を受けた字句等及び適用条項
- 5 違反広告を行った経緯、原因、理由等
(※医療法の認識不足、営業上の理由、管理体制の不備等、違反となった経緯、原因、理由等を具体的かつ詳細に記載)
- 6 講じた措置
(※媒体への連絡、当該広告及び原版の回収破棄等の状況を記載し、パンフレット等の場合は、回収状況、作成部数及び年月日、配布先、配布部数及び年月日も併せて記載)
- 7 広告に対する反省並びに今後違反を繰り返さないための対策及び方針