様式第八十八

販売業

貸与業

管理医療機器 　　　　　　届書

|  |  |
| --- | --- |
| 営業所の名称 |  |
| 営業所の所在地 |  |
| （法人にあつては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 |  |
| 管理者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 営業所の構造設備の概要 | 別紙のとおり |
| 兼営事業の種類 | □毒物劇物販売業　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ［管理者の資格］医薬品医療機器等法施行規則第175条第1項イ）高度管理医療機器又は特定管理医療機器営業所管理者講習受講者ロ）補聴器営業所管理者講受講者ハ）家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者ニ）プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者ホ）上記以外の者※※ 管理者講習受講以外に認められる者イ）医・歯・薬　　　　　　　　　　ロ）医療機器等総括製造販売責任者ハ）医療機器製造業の責任技術者　　ニ）修理業の責任技術者大学、工業高校で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了等ホ）薬種商適格者　　　　　　　　　ヘ）販売管理責任者講習（H6～H8）ト）看・臨（検体測定室の運営責任者）［取扱品目］・特定管理医療機器　　　 　　・補聴器・家庭用電気治療器　　　　 　・プログラム特定管理医療機器・プログラム特定管理医療機器（電気通信回線による提供のみ）・家庭用管理医療機器 ・検体測定室における検査で使用される医療機器［展示販売］　期間：営業所TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　営業所FAX：申請担当者【氏名：　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　　】 |

上記により、管理医療機器の販売業・貸与業の届出をします。

　　　　年　　　月　　　日

住 所

氏 名

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

（宛先）　東大阪市長