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