

管理医療機器 販売業 届書
貸与業

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		<input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考	<p>[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習受講者 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※</p> <p>※ 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 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)</p> <p style="margin-left: 20px;">(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)</p> <p>[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</p> <p>[展示販売] 期間：</p> <p>営業所 TEL： 営業所 FAX： 申請担当者【氏名： TEL： 】</p>	

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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

(宛先) 東大阪市長