

## 高度管理医療機器等営業所管理者兼務の適用願い

(宛先)  
広島市保健所長

〒 電話  
住所  
氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次の高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可申請・変更にあつて、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 39 条の 2 第 2 項の規定を適用願います。

なお、当該高度管理医療機器等営業所管理者として業務を遂行するにあつて、支障が生じた場合には、他の営業所管理者を設置する等、速やかに改善することを誓約します。

管理する 営業所	名 称	
	所 在 地	〒
	許 可 番 号 及び年月日	(有効期間開始日) 第 号 年 月 日
営業所管理者	氏 名	
	住 所	〒
兼務する 営業所	名 称	
	所 在 地	〒
兼務する条件 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> その医療機器の特性等からその営業所において医療機器を取り扱うことが品質管理上好ましくない場合や医療機器が大型である等によりその営業所で医療機器を取り扱うことが困難な場合等において、その営業所専用の倉庫である別の営業所を同一事業者が設置している場合であり、かつ、その営業所において実地に管理できる場合 <input type="checkbox"/> 医療機器のサンプルのみを掲示し（サンプルによる試用を行う場合は除く。）、その営業所において販売、貸与及び授与を行わない営業所である場合であり、かつ、その営業所において実地に管理できる場合 <input type="checkbox"/> 非常勤の学校薬剤師又は薬剤師会が開設した薬局等における夜間・休日等の調剤を行う薬剤師を兼ねる場合	
備 考		
担当者所属・氏名等	(電話)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)(注意)

- 1 許可申請又は営業所管理者の変更届と同時に提出してください。
- 2 兼務する営業所が多数ある場合は、別紙に記載してください。
- 3 記載事項に変更があった場合は、新たに提出してください。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)	(伺い)	
	係	係	係長 課長